

譲渡許可書の許可番号を記載してください。

※麻薬小売業者免許の免許番号
(数字 6 桁) ではありません。

譲渡許可書の有効期間の始期年月日を記載してください。

麻薬小売業者間譲渡許可書返納届

許可番号	薬第〇-〇-〇号	許可年月日	令和〇年 〇月 〇日
返納の事由	【例】全ての麻薬小売業者が、他の麻薬小売業者に麻薬を譲渡しないことになったため。		

上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。

書類の発送日としてください。

令和〇年 〇月 〇日

① 麻薬業務所名称

〇〇薬局

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

埼玉県〇〇市〇〇町〇-〇

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）

株式会社〇〇 代表取締役 〇〇〇〇

麻薬小売業者免許証のとおりに記載してください。

申請者が法人にあつては氏名には法人の名称のほか、代表者の役職・氏名も記載してください。

② 麻薬業務所名称

●●薬局

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

埼玉県〇〇市〇〇町〇-〇

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）

株式会社〇〇 代表取締役 〇〇〇〇

届出者欄には、全ての許可業者の麻薬業務所名称、開設者の住所及び氏名を記載してください。

※ 薬局の所在地は不要です。

※ 届出者が 4 以上ある場合は、届出書とあわせて別紙様式 5 を御利用ください。

③ 麻薬業務所名称

□□薬局

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

埼玉県□市□町□-□

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）

株式会社□□ 代表取締役 □□□□

(宛先)

埼玉県知事

備考欄に届出に関する連絡先を記載してください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 届出者欄にそのすべてを記載することができないときは、別紙に記載すること。

【連絡先】 所属：〇〇薬局

(担当者：〇〇)

電話：000-000-0000

④ 麻薬業務所名称

■■薬局

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

埼玉県■■市■■町■■ー■■

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）

株式会社■■ 代表取締役 ■■■■

⑤ 麻薬業務所名称

△△薬局

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

埼玉県△市△町△ー△

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）

株式会社△△ 代表取締役 △△△△

⑥ 麻薬業務所名称

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）

不要な欄には斜線を引いてください。

⑦ 麻薬業務所名称

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）

⑧ 麻薬業務所名称

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。