

＜ 1 薬局の譲渡許可を失効させる場合 ＞

譲渡許可の有効期間の始期を記載

譲渡許可書の番号を記載
※麻薬小売業者の免許番号で
はありません。

記載例

別記第 10 号の 3 様式（第九条の二関係）

麻薬小売業者間譲渡許可変更届

許可年月日	令和●年 ●月 ●●日	許可番号	●●●●●●●●
変更前	麻薬業務所	所在地	福岡市東区箱崎△-△-△
		名称	■●薬局 ◆◆店
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	東京都△△区△△町△-△-△
	氏名	法人にあつては、名称	〇〇ファーマシー株式会社
変更後	麻薬業務所	所在地	/
		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	
変更・免許の失効の事由及びその年月日		薬局閉局のため 令和▲年▲月▲▲日	
<input checked="" type="checkbox"/> 当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得ている。			
上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可免許の失効・変更を行ったので届け出ます。			
令和◆年 ◆月 ◆◆日			
①麻薬業務所名称		県庁調剤薬局 東公園店	
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）		福岡市中央区天神□-□-□□	
氏名（法人にあつては、名称）		株式会社県庁薬局	
②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）			
福岡県知事		殿	

変更前の欄に許可を失効させる業務所を記載してください。

譲渡許可を失効させる場合、変更後欄は斜線を引いてください。

代表者を設置していない場合はチェック不要です。代表者のみが届出を行う場合のみ、チェックを入れてください。

【代表者を設置している場合 の記載方法】
①代表者の麻薬業務所の名称及び開設者の住所・氏名
※他の業務所名称等は記載不要

【代表者を設置していない場合 の記載方法】
・現在許可を受けている全ての麻薬業務所（削除となる業務所を含む）の名称及び開設者の住所・氏名

欄が不足する場合、届出書別紙を使用してください。

(注意)

1. 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とすること

【開設者変更に伴う手続きについて】

- 薬局の開設者変更により、同じ薬局名で新たに薬局開設許可、麻薬小売業者免許を取得し小売業者間譲渡許可を受ける場合、この変更届の変更前欄に旧薬局の情報を記載し、変更後欄には斜線を引いてください。
- 開設者変更後の新薬局については、追加届を併せて提出し譲渡許可を受けるようにしてください。

る場合は、同意欄にチェックを入れること。