

共同して申請する他の麻薬小売業者がその在庫量の不足のため麻薬加算料に上り調整することができない場合において、当該不足分を補足する必要があると認めるとき又、その譲受けの日から 90 日を経過したものを保管しているとき、また、譲渡の日から 90 日を経過したものを保管しているとき、その一部を法第 24 条第 11 項若しくは第 12 項の規定に基づいて、その譲渡の日から 90 日を経過したものを保管しているとき、

許可を受ける全ての業者を記載する。
欄が不足する場合、申請書別紙を使用してください。
※押印不要

令和 年 月 日

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	福岡市博多区東公園〇－〇〇
			名 称	県庁調剤薬局 東公園店
		申 請 者	住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）	福岡市中央区天神□－□－□□
			氏名（法人にあっては、名称）	株式会社県庁薬局
	②	麻薬業務所	所在地	大野城市白木原◇－◇－◇◇
			名 称	●●薬局 ▲▲店
		申 請 者	住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）	大野城市白木原◇－◇－◇◇
			氏名（法人にあっては、名称）	福岡 花子
		麻薬業務所	所在地	福岡市東区箱崎△－△－△
麻薬小売業者を代表する者（代表者）を置く場合は、 <u>代表する麻薬業務所の名称</u> と、代表者の氏名を記載してください。			■■薬局 ◆◆店	
代表者を設置しない場合は、代表者の氏名欄に <u>斜線を引くこと</u> 。			東京都△△区△△町△－△－△	
			〇〇ファーマシー株式会社	
代表者の氏名（法人にあっては、名称）			県庁薬局 東公園店 株式会社県庁薬局 代表取締役 福岡太郎	
備 考			「継続」 第 221234 号 申請担当者氏名 : 福岡 次郎 連絡先 : tel 092-123-4567	
継続申請の場合、備考欄に「継続」と記載し				

1 用紙の大きさは、A 4 とすること。

2 麻薬業務所欄及び申請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。

問合せ先となる担当者氏名、連絡先
を記載してください。