

麻薬小売業者間譲渡許可申請書

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減量により調剤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は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、又は、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、その譲渡しの日から 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○-○○
			名称	県庁調剤薬局 東公園店
		申請者	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	所在地	大野城市白木原◇-◇-◇◇
			名称	●●薬局 ▲▲店
		申請者	住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	大野城市白木原◇-◇-◇◇
			氏名（法人にあつては、名称）	福岡 花子
		麻薬業務所	所在地	福岡市東区箱崎△-△-△
				■■薬局 ◆◆店
		所在地）	東京都△△区△△町△-△-△	
		氏名）	〇〇ファーマシー株式会社	
	代表者の氏名（法人にあつては、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 231234 号 申請担当者氏名 : 福岡 次郎 連絡先 : tel 092-123-4567		

麻薬小売業者を代表する者（代表者）を置く場合は、代表する麻薬業務所の名称と、代表者の氏名を記載してください。

※代表者を設置しない場合は、代表者の氏名欄に斜線を引くこと。

継続申請の場合、備考欄に「継続」と記載し、現在の譲渡許可番号を記載してください。

問合せ先となる担当者氏名、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 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。