

(別紙様式1)

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	東京都○△市○△町○—△—○ ○△ビル△階
			名称	○△薬局
		申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	東京都●▲市●▲町●—▲—●
			氏名(法人にあっては、名称)	●▲株式会社 代表取締役 ●▲ ●▲
	②	麻薬業務所	所在地	東京都△□区△□町○—△—○
			名称	調剤薬局◇● ●●駅前店
		申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	東京都●◆区●◆町●—◆—● ●◆ビル●階
			氏名(法人にあっては、名称)	●◆株式会社 代表取締役 ●◆ ●◆
	③	麻薬業務所	所在地	
			名称	
		申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	
			氏名(法人にあっては、名称)	
④	麻薬業務所	所在地		
		名称		
	申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)		
		氏名(法人にあっては、名称)		

余白には罫線を引いて下さい。

(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