

<薬局名称の変更の場合>

別記 譲渡許可の有効期間の始期 (関係)

年月日を記載して下さい。

薬小売業者間譲渡許

譲渡許可の許可番号を記載して下さい。

※麻薬小売業者の免許番号ではありません。

許可年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	許可番号	第〇〇〇〇〇〇〇〇号
変更前	麻薬業務所	所在地	東京都〇〇区〇〇町〇—〇—〇 〇〇ビル1階
		名称	●●薬局
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	東京都〇〇区〇〇町〇—〇—〇
氏名	法人にあつては、名称	株式会社●●薬局	
変更後	麻薬業務所	所在地	東京都〇〇区〇〇町〇—〇—〇 〇〇ビル1階
		名称	●●薬局 1号店
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	東京都〇〇区〇〇町〇—〇—〇
氏名	法人にあつては、名称	株式会社●●薬局	
変更・免許の失効の事由及びその年月日		社名変更及び薬局名称の変更 令和●●年●●月●●日	
<input 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。			

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

変更を行ったので届け出ます。

- ①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)  
東京都〇〇区〇〇町〇—〇—〇  
氏名 (法人にあつては、名称)  
〇〇薬局 代表取締役 △△△△
- ②麻薬業務所名称 ●■薬局 ◇駅前店  
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)  
東京都●■区◇□町〇—〇—〇  
氏名 (法人にあつては、名称)  
株式会社●■薬局 代表取締役●■●■  
東京都知事 殿

届出者欄には、全ての許可業者の開設者の氏名及び住所 (法人開設の場合、登記上の氏名・住所) を記載して下さい。  
※代表者による届出の場合は代表者のみの記載で差支えありません。  
※押印不要

記載する欄が不足する場合は、別紙様式5を使用して下さい。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 届出者欄に、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた者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。
- 3 代表者の変更を届け出る場合は、変更前の氏名欄に変更前の代表者を、変更後の氏名欄に変更後の代表者を、変更・免許の失効の事由及びその年月日欄に代表者を変更する旨を記載すること。
- 4 代表者のみが届出を行う場合は、当該届出小売業者全員の同意を得た上で、必要事項を同意欄のチェックを入れること。

問合せ先の担当者氏名、連絡先等を記載して下さい。