

譲渡許可の有効期間の始期
年月日を記載して下さい。

第九条の二関係)

麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届

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	年 月 日	許可番号	第△△■■■■■■■■号
追加する麻薬小売業者	麻薬業務所	所在地	東京都●●市◇◇町●—△—■ ●●ビル■■階
		名称	調剤薬局●● ◇◇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	株式会社●■薬局 代表取締役●■ ●■
<input type="checkbox"/> 代表者及び追加する麻薬小売業者のみが届出を行う場合であり、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。 <input type="checkbox"/> 代表者及び追加する麻薬小売業者のみが届出を行う場合であり、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた麻薬小売業者に他の麻薬小売業者を加える必要小売業者がその在庫量の不足のため麻薬処分当該不足分を補足する必要があると認めると認められた譲受けの日から90日を経過したものを処分した麻薬について、その一部を法第24条第11項若しくは第12項の規定に基づき譲り渡した場合において、その残部であつて、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に限り、麻薬を譲り渡したいので届け出ます。 年 月 日			
①麻薬業務所名称 調剤薬局●● ◇◇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） 株式会社●■薬局 代表取締役●■ ●■			
②麻薬業務所名称 ●■薬局 △△馬 住所（法人にあつては、主たる事務所） 東京都●●区◇◇町○—○—○ 氏名（法人にあつては、名称） 株式会社●■薬局 代表取締役●■ ●■			
③麻薬業務所名称 ●■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） 株式会社○○○ 代表取締役○○ ○○ 東京都知事 殿			
備考			

追加する麻薬小売業者の名称・所在地を記載して下さい。

代表者を設置していない場合はチェック不要です。
代表者及び追加する麻薬小売業者のみが届出を行う場合に限り、
チェックを入れてください。

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。
※代表者及び追加する麻薬小売業者のみによる届出の場合は代表者及び追加する麻薬小売業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全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 追加する麻薬小売業者については、追加する麻薬小売業者の欄についても必要事項を記入すること。
 - 4 代表者及び追加する麻薬小売業者のみが届出を行う場合において、当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得た、同意を得ている場合は、同意欄のチェックを
- 問合せ先の担当者氏名、連絡先等を記載して下さい。