譲渡許可書の有効期間の始期年月日を記載してください。

第九条の二関係）

麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届

代表者のみが提出する場合

許可年月日	令和○年　○月　○日	許可番号	薬第○－○－○号
	所在地	埼玉県○○市○○町○－○	
		○○薬局	
	たる	埼玉県○○市○○町○－○	
	称	株式会社○○	
	及び代表者の役職・氏名	代表取締役　○○○○	

麻薬小売業者免許証のとおりに記載してください。
申請者が法人にあっては氏名には法人の名称のほか、代表者の役職・氏名も記載してください。

譲渡許可書の許可番号を記載してください。
※麻薬小売業者免許の免許番号（数字６桁）ではありません。

☑　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。

許可のグループの代表者が他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、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。

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処合において、当該不足分を補足する必要があると認める薬であつて、その譲受けの日から 90 日を経過したものを者から譲り受けた麻薬について、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、その譲渡しの日か経過しない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。

書類の発送日としてください。

令和■年　■月　■日

麻薬小売間譲渡許可の代表者

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）

埼玉県●●市●●町●－●

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）

株式会社●●　代表取締役　●●●●

追加する麻薬小売業者

②　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）

埼玉県○○市○○町○－○

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）

株式会社○○　代表取締役　○○○○

届出者欄には、「追加する小売業者」及び「許可のグループの代表者」について麻薬小売業者免許証のとおりに業務所名称、開設者の住所及び氏名を記載してください。

③麻薬業務所名称

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）

不要な欄には斜線を引いてください。

（宛先）

埼玉県知事

備　考	【連絡先】所属：●●薬局　（担当者：●●●●　） 電話：●●●－●●●－●●●●

（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

備考欄に届出に関する連絡先を記載してください。

３　追加する小売業者については、追加する小売業者の欄を記入した上で、届出者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は、当該届出の内容について、当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、必要事項を記入すること。また、同意を得ている場合は、同意欄にチェックを入れること。