

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処方せん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麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬であって、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、若しくは麻薬卸売業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、その残部であって、その譲渡の日から 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申請します。

麻薬小売業者免許証の番号を記載してください。

令和〇年〇月〇日

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	免許証の番号	第〇〇〇〇〇号
			所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇-〇
			名称	株式会社〇〇薬局 1号店
	申請者		住所 <small>(法人にあつては、主たる事務所の所在地)</small>	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇-〇
			氏名 <small>(法人にあつては、名称)</small>	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇
	②	麻薬業務所	免許証の番号	第〇〇〇〇〇号
			所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇-〇
			名称	株式会社〇〇薬局 2号店
	申請者		住所 <small>(法人にあつては、主たる事務所の所在地)</small>	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇-〇
			氏名 <small>(法人にあつては、名称)</small>	株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇
	③	麻薬業務所	免許証の番号	第□□□□□号
			所在地	〒□□□-□□□□ 千葉県□□市□□町□-□
名称			株式会社□□ファーマシー 本店	
申請者		住所 <small>(法人にあつては、主たる事務所の所在地)</small>	〒■ ■ ■ ■ - ■ ■ ■ ■ ■ 県 ■ ■ ■ ■ 市 ■ ■ ■ ■ 町 ■ ■ - ■ ■	
		氏名 <small>(法人にあつては、名称)</small>	株式会社□□ファーマシー 代表取締役 □□□□	
代表者の氏名 (法人にあつては、名称)			株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇	
備考			問合せ先：株式会社〇〇薬局 1号店 Tel XXX-XXX-XXXX	

麻薬小売間譲渡許可における代表者を置く場合は、代表となる者の氏名を記載してください。

千葉県知事 様

(注意) 申請に関する問い合わせ先を記載してください。

- 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全てを記載することができないときは、別記様式 7-2 に記載すること。

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	免許証の番号	第■■■■■号
			所在地	〒■■■■-■■■■ 千葉県■■市■■町■-■
			名称	株式会社■■ファーマシー 千葉店
		申請者	住所 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒■■■■-■■■■ 千葉県■■市■■町■-■
			氏名 (法人にあつては、名称)	株式会社□□ファーマシー 代表取締役 □□□□
	②	麻薬業務所	免許証の番号	第 号
			所在地	〒
			名称	
		申請者	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)	
	③	麻薬業務所	免許証の番号	第 号
			所在地	〒
			名称	
		申請者	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)				
④	麻薬業務所	免許証の番号	第 号	
		所在地	〒	
		名称		
	申請者	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)		

余白に斜線を引いてください。

(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。