

麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届

許可年月日	令和〇年〇月〇日	許可番号	千葉県指令第〇〇〇号
追加する麻薬小売業者	麻薬小売業者譲渡許可の許可番号 (「千葉県指令」で始まる番号)を記載してください。		千葉県〇〇市〇〇町〇-〇
	住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)		株式会社■■ファーマシー 本千葉店
	氏名(法人にあつては名称)		〒■■■■-■■■■ 千葉県■■市■■町■■-■■
			株式会社□□ファーマシー 代表取締役□□□□
<input checked="" 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。			
上記のとおり、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があり、当該麻薬小売業者がその在庫量の不足のため麻薬処方箋を補足する必要があると認めるとき、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麻薬小売業者は、1項から3項において、麻薬を譲渡して取り戻す。			
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、同意欄にチェックを入れてください。		麻薬小売間譲渡許可の代表者	
① 麻薬業務所名称		株式会社〇〇薬局 1号店	
住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)		千葉県〇〇市〇〇町〇-〇	
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	
② 麻薬業務所名称		株式会社■■ファーマシー 本千葉店	
届出者欄には、全ての麻薬小売業者及び追加する麻薬小売業者を記載してください。ただし、代表者が他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で届出を行う場合、届出者欄には、「代表者」及び「追加する麻薬小売業者」のみを記載してください。		千葉県■■市■■町■■-■■	
		株式会社□□ファーマシー代表取締役□□□□	
		追加する麻薬小売業者	
千葉県知事 様			
備考	問合せ先: 株式会社〇〇薬局 1号店 Tel XXX-XXX-XXXX		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 届出者欄(別記様式) **届出に関する問い合わせ先を記載してください。** (を記載することができないときは、別紙)
- 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を記載した上で、届出者欄についても必要事項を記載すること。
- 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、必要事項を記載すること。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。