

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申請します。

年 月 日

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	佐賀県〇〇市〇〇町〇ー〇	麻薬小売業者の名称 所在地を記載してください。
			名 称	〇〇調剤薬局	
	申請者	住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	佐賀県●●市●●町●ー●	法人開設の場合、登記上の氏名・住所を記載してください。	
		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	所在地	佐賀県△△市△△町△△ー△	
			名 称	△△薬局	
	申請者	住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	佐賀県▲▲市▲▲町△ー△		
		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	所在地	佐賀県□□市□□町□ー□	
			名 称	調剤薬局□□ □□店	
	申請者	住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	佐賀県■●市■●町■ー■	麻薬小売業者を代表する者（代表者）を設置する場合は記載してください。（代表者の麻薬小売業者名称も記載ください。） ※代表者の設置は必須ではありません。	
		氏名（法人にあつては、名称）			
代表者の氏名（法人にあつては、名称）		〇〇調剤薬局 株式会社●●薬局 代表取締役●● ●●			
備 考					

佐賀県知事 殿

記載する欄が不足する場合は、別紙様式 1 を使用してください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 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、別紙に記載すること。