（[illegible]条の二関係）

譲渡許可の有効期間の始期年月日を記載してください。

譲渡許可の許可番号を記載してください。
麻薬小売業者の免許番号ではありません。

麻薬小売業者間譲渡許可変更届

許可年月日		年　月　日	許可番号	
変更前	麻薬業務所	所在地	佐賀県〇〇市〇〇町〇-〇	
		名　称	▲▲薬局	
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	佐賀県■■市■■町■-■	
	氏名	法人にあつては、名称	株式会社●●薬局	
変更後	麻薬業務所	所在地		
		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		
変更・免許の失効の事由及びその年月日			▲▲薬局を廃止したため、他の許可業者に麻薬を譲り渡さないこととしたため。令和〇年〇月〇日	

変更前の欄に失効させる薬局を記載してください。

□　当該許可を受けたほかの麻薬小売業者全員の同意を得ている。

[illegible]り　麻薬小売業者間譲渡許可免許の失効・変更を行ったので届け出ます。

他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、チェックを入れてください。
代表者を設置していない場合はチェック不要です。

[illegible]麻薬業務所名称

住所（法人にあつては、主たる事務所[illegible]

氏名（法人にあつては、名称）

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。
（失効させる麻薬業務所についても記載が必要です。）
※代表者のみによる届出の場合は代表者のみの記載で差支えありません。
※押印不要

②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）

佐賀県県知事　殿

記載する欄が不足する場合は、別紙様式５を使用

（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　代表者の変更を届け出る場合は、変更前の氏名欄に変更前の代表者を、変更・免許の失効の事由及びその年月日欄に代表者を変更する旨を記載すること。

4　代表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。