

譲渡許可の有効期間の始期（第24条第1項第2号の二関係）
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申請者追加届

許可年月日	年	月	日	許可番号
追加する麻薬小売業者	麻薬業務所	所在地	佐賀県●●市●●町●●-●●	
		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	
<input 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。				
<input 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た上で、当該麻薬小売業者に他の麻薬小売業者を加える場合であり、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つて、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、その残部であつて、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届け出ます。 年 月 日				
①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）				
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）				
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）				
佐賀県知事 殿				

他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、当該麻薬小売業者に他の麻薬小売業者を加えることを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つて、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、その残部であつて、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届け出ます。

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

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 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。