

(別紙様式7)

麻薬小売業者間譲渡許可書返納届

許可番号	G〇〇-〇〇〇〇〇	許可年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
返納の事由	開設者変更による麻薬小売業者免許廃止のため		
上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。			
〇〇年 〇〇月 〇〇日			
麻薬業務所名称 〇〇薬局			
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 滋賀県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号			
氏名（法人にあつては、名称） 株式会社●●薬局 代表取締役 ●● ●●			
麻薬業務所名称 △△薬局			
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 滋賀県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号			
氏名（法人にあつては、名称） 株式会社●●薬局 代表取締役 ●● ●●			
滋賀県知事 殿			

麻薬業務所の名称、麻薬小売業者の氏名・住所を記載してください。

記載する欄が不足する場合は、別紙様式5を使用してください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 届出者欄にそのすべ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。

【担当者】

- ① 〇〇薬局 ●田 ●男 TEL 077-▲▲▲-▲▲▲▲▲  
② △△薬局 ▲山 ▲美 TEL 077-〇〇〇-〇〇〇〇

各申請者の担当者氏名、連絡先等を記載してください。

記載しきれない場合は別紙に記載してください。