

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申請します。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	滋賀県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇号 〇〇ビル〇階	麻薬業務所の名称・所在地を記載してください。	
			名称	〇〇薬局		
		申請者	住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	滋賀県●●市●●町●丁目●番地●号		麻薬小売業者の氏名・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	滋賀県△△市△△町△丁目△番地△号		
			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）	滋賀県▲▲市▲▲町▲丁目▲番地▲号		
			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	滋賀県□□市□□町□丁目□番地□号		
			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）	滋賀県■ ■市■ ■町■ ■丁目■ ■番地■ ■号		
			氏名（法人にあつては、名称）	株式会社■ ■薬局 代表取締役 ■ ■ ■ ■		
代表者の氏名（法人にあつては、名称）			株式会社■ ■薬局 代表取締役 ■ ■ ■ ■	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。		

滋賀県知事 殿

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A4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。

他の申請者全員の同意を得て、代表して申請を行う場合は、その代表者の氏名を記入してください。