

許可年月日		令和 〇年 〇月 ×日		許可番号	〇〇 第 〇〇 号
変更前	麻薬業務所		所在地	松山市〇〇町〇ー〇	
			名 称	愛媛〇〇薬局 松山中央店	
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	松山市〇〇町〇ー〇		
	氏名	法人にあつては、名称	株式会社えひめ薬局		
変更後	麻薬業務所		所在地	(麻薬小売業者免許失効)	
			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			
代表者のみが届け出る場合は、 ☑してください。				愛媛〇〇薬局 松山中央店の麻薬小売業者免許が失効したため。 令和 〇年 1 2 月 3 1 日	
☐ 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。					
上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可免許の失効・ 変更 を行つたので届け出ます。 令和 〇年 〇月 〇日					
①麻薬業務所名称 愛媛〇〇薬局 松山中央店 住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地) 松山市〇〇町〇ー〇 氏名(法人にあつては、名称) 株式会社えひめ薬局 代表取締役 〇〇 ××					
②麻薬業務所名称 愛媛〇〇薬局 松山北店 住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地) 松山市〇〇町〇ー〇 氏名(法人にあつては、名称) 株式会社えひめ薬局 代表取締役 〇〇 ××					
愛媛県知事 〇〇 〇〇 殿					
備考	代表者連絡先 麻薬業務所名：愛媛〇〇薬局 松山中央店 氏名：〇〇 ××				
TEL：089-×××-××××					
FAX：089-×××-××××					

必要のない部分は二重線で
消去してください。

備考に代表者連絡先を
ご記入ください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 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、変更後の氏名欄に変更後の代表者を、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。

麻薬業務所名称

まつやま薬局

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

松山市××町〇〇〇－△△

氏名（法人にあつては、名称）

有限会社ファーマシー伊予 代表取締役 ×× 〇〇

麻薬業務所名称

とうおん薬局

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

松山市××町〇〇〇－△△

氏名（法人にあつては、名称）

有限会社ファーマシー伊予 代表取締役 ×× 〇〇

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）

空欄となる記載事項には
斜線を引いてください。

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）

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）

（注意）

1 用紙の大きさは、A4 とすること