

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、その譲渡しの日から 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。

令和 ○年 ○月 ○日

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	松山市○○町○-○
			名称	愛媛○○薬局 松山中央店
		申請者	住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	松山市○○町○-○
			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 ○○ ××
	②	麻薬業務所	所在地	松山市○○町×丁目○-△
			名称	愛媛○○薬局 松山北店
		申請者	住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	松山市○○町○-○
			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 ○○ ××
	③	麻薬業務所	所在地	松山市××町○○○-△△
			名称	まつやま薬局
		申請者	住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	松山市××町○○○-△△
			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 ×× ○○
代表者の氏名 (法人にあつては、名称)			株式会社えひめ薬局 代表取締役 ○○ ××	
備考			代表者連絡先 麻薬業務所名：愛媛○○薬局 松山中央店 氏名：○○ ×× TEL：089-×××-×××× FAX：089-×××-××××	

代表者を置かない場合は、斜線を引いてください。

愛媛県知事 ○○ ○○ 殿

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、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。

(別紙様式 1)

譲渡人・譲渡先	④	麻薬業務所	所在地	東温市〇〇町〇-〇
			名称	とうおん薬局
		申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	松山市××町〇〇〇-△
			氏名(法人にあっては、名称)	有限会社ファーマシー伊予 代表取締役 ×× 〇〇
	⑤	麻薬業務所	所在地	空欄となる記載事項には 斜線を引いてください。
			名称	
		申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	
			氏名(法人にあっては、名称)	
	⑥	麻薬業務所	所在地	空欄となる記載事項には 斜線を引いてください。
			名称	
		申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	
			氏名(法人にあっては、名称)	
	⑦	麻薬業務所	所在地	空欄となる記載事項には 斜線を引いてください。
			名称	
申請者		住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)		
		氏名(法人にあっては、名称)		

- (注意) 1 用紙の大きさは、A4とすること。
2 余白には、斜線を引くこと