譲渡許可書の有効期間の始期年月日を記載してください。

グループを構成する麻薬小売業者が脱退する（代表者のみが提出する場合）

第九条の二関係）

麻薬小売業者間譲渡許可変更届

許可年月日	令和〇年　〇月　〇日	許可番号	薬第〇－〇－〇号
変更前	麻薬業務所　所在地	埼玉県〇〇市〇〇町〇－〇	
	名称	〇〇薬局	
	開設者　住所	埼玉県〇〇市〇〇町〇－〇	
	開設者　氏名及び代表者の役職・氏名	株式会社〇〇 代表取締役　〇〇〇〇	
変更後	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、名称及び代表者の役職・氏名		
変更・免許の失効の事由及びその年月日		【例】閉局したため／グループを脱退するため 令和〇年〇月〇日	

麻薬小売業者免許証のとおりに記載してください。申請者が法人にあっては氏名には法人の名称のほか、代表者の役職・氏名も記載してください。

不要な欄には斜線を引いてください。

麻薬小売業者記載事項変更届のとおりに変更年月日を記載してください。

許可のグループの代表者が他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、代表者のみが届出を行う場合は、チェックを入れてください。

☑　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

書類の発送日としてください。

令和■年　■月　■日

①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）

埼玉県●●市●●町●－●

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）

株式会社●●　代表取締役　●●●●

届出者欄には、許可のグループの代表者について麻薬小売業者免許証のとおりに業務所名称、開設者の住所及び氏名を記載してください。

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、名称及び代表者の役職・氏名）

不要な欄には斜線を引いてください。

（宛先）

埼玉県知事

備　　考	【連絡先】所属：●●薬局　（担当者：●●●●　） 電話：●●●－●●●－●●●●

備考欄に届出に関する連絡先を記載してください。

（注意）

1　用紙の大きさは、日本工業規格

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。