

譲渡許可書の許可番号を記載し

てください。

※麻薬小売業者免許の免許番号

(数字6桁)ではありません。

麻薬小売業者間譲渡許可書返納届

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。

許可番号	薬第〇-〇-〇号	許可年月日	令和〇年 〇月 〇日
------	----------	-------	------------

返納の事由	【例】全ての麻薬小売業者が、他の麻薬小売業者に麻薬を譲渡しないことになったため。
-------	--

上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。

令和〇年 〇月 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）

埼玉県〇〇市〇〇町〇-〇

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の役職・氏名）

株式会社〇〇 代表取締役 〇〇〇〇

麻薬小売業者免許証のとおりに記載してください。

申請者が法人にあつ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。

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、全ての許可業者の麻薬業務所名称、開設者の住所及び氏名を記載してください。

※届出者が3以上ある場合は、申請書とあわせて別紙様式5を御利用ください。

(宛先)

埼玉県知事

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、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

【連絡先】 所属：〇〇薬局 (担当者：〇〇〇〇)

電話：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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 □□□□

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）

麻薬業務所名称

不要な欄には斜線を引いてください。

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）

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）

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）

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。