

代表者が提出する場合

別記第10号の3様式（第九条の二関係）

譲渡許可の有効期間の始期を記載してください。

麻薬小売業者間譲渡許可変更

譲渡許可の許可番号を記載してください。（麻薬小売業者の免許番号ではありません。）

許可年月日	令和2年 4月 1日	許可番号	第150001号
変更前	麻薬業務所	所在地	神奈川県横浜市南区弘明寺町■
		名称	ノース薬局
住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地		神奈川県横浜市南区弘明寺町■
	法人にあつては、名称		有限会社ノース薬局 代表取締役
変更後	麻薬業務所	所在地	
		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	
変更・免許の失効の事由及びその年月日		【例1】閉局（麻薬業務を廃止した）のため 【例2】グループを脱退するため 令和4年3月31日	
<input checked="" type="checkbox"/> 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の変更を行う旨を、令和4年4月5日		変更の事由日以後、すみやかに変更届を提出してください。	
①麻薬業務所名称 かながわ薬局 薬務支店		麻薬小売業者を廃止した場合、廃止届に記載の廃止年月日を記載してください。	
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 神奈川県横浜市中区日本大通1-2-3		グループの代表者の麻薬小売業者免許証のとおり業務所名称、開設者の住所及び氏名を記載してください。開設者が法人にあつては、法人の代表者の役職と氏名も記載してください。	
氏名（法人にあつては、名称） 株式会社かながわ薬局 代表取締役 薬務 太郎		不要な欄には斜線を引いてください。	
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）			
神奈川県知事 殿			
備考	問合せ先 ○○薬局 神奈川 ●郎 TEL 045-○○○-□□□□		

麻薬小売業者免許証のとおりに記載してください。開設者が法人にあつては、氏名には法人の名称のほか、代表者の役職と氏名も記載してください。

グループ薬局のいずれかが麻薬小売業者の免許を廃止した場合の変更については、変更後の欄の記載は不要です。

麻薬小売業者を廃止した場合、廃止届に記載の廃止年月日を記載してください。

グループの代表者の麻薬小売業者免許証のとおり業務所名称、開設者の住所及び氏名を記載してください。開設者が法人にあつては、法人の代表者の役職と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。

備考欄に問合せ先の担当者氏名及び連絡先等を記載してください。

代表者が提出する場合
代表者を設置している場合は、他の届出者全員の同意を得た上で同意欄にを入れ、代表者のみで届け出ることができます。（（注意）4参照）

- 1 用紙の大きさは A4 とすること。
- 2 変更の事由は、変更後の氏名及び住所、業務所名称、代表者の氏名及び住所、代表者の役職と氏名、変更の年月日欄に代表者を変更する旨を記載すること。
- 3 代表者のみで届出を行う場合は、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。