

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。)

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書返納届

許可番号	第 XXXXXX 号	許可年月日	令和 XX 年 4 月 1 日
返納の事由	【例 1】 ノース薬局の麻薬小売業者業務廃止（廃止日：令和 XX 年 7 月 31 日）に伴い麻薬小売間譲渡を行わないため 【例 2】 麻薬小売業者間譲渡を行わないため 【例 3】 ハッピー薬局の亡失していた許可書を発見したため (再交付申請日：令和 XX 年 10 月 1 日)		
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 XX 年 10 月 5 日	返納の事由が発生した日以降できるだけすみやかに御提出ください。		
麻薬業務所名称 かながわ薬局 薬務支店 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 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	麻薬小売業者免許証のとおり業務所名称、開設者住所及び氏名を記載してください。なお、開設者が法人にあつては代表者の役職と氏名も記載してください。		
麻薬業務所名称 ノース薬局 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 神奈川県横浜市区南区弘明寺町 1 氏名（法人にあつては、名称） 有限会社ノース薬局 代表取締役 北斗 次郎	届出者欄には、許可を受けていたすべての業務所について記載してください。記載する欄が不足する場合は、別紙様式 5 を使用してください。		
神奈川県知事	殿		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格 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。

正本には、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。

【問合せ先】

〇〇薬局 神奈川 ●郎

TEL 045-〇〇〇-□□□□