

日付は、書類の発送日としてください。
 継続申請の書類は令和3年11月末までに薬務課へ到着するよう郵送してください。

継続申請の場合、申請書の欄外に継続申請である旨を明記してください。

継続

麻薬小売業者間譲渡許可申請書
 麻薬処方せんにより調剤することができない場合に限り、当該不足分を補足するために麻薬を譲り渡したいので申請します。

令和3年11月15日

譲渡人・譲渡先	①	所在地	神奈川県横浜市中区日本大通1-2-3 横浜ビル1階	
		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	
	②	麻薬業務所	所在地	神奈川県横浜市南区弘明寺町1
		名称	ノース薬局	
	申請者	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	
	麻薬業務所	所在地	神奈川県横浜市中区日本大通2-3-4	
		名称	かながわ薬局 分庁支店	
申請者	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		
			現有許可番号 第××××××号 令和4年1月1日付け許可希望（継続）	

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、代表者の役職と氏名も記載してください。

同一法人の薬局間で申請する場合であっても申請者欄は省略せず、1薬局ごとに記載してください。

記載する欄が不足する場合は、別紙様式1を使用してください。

神奈川県知事 殿

既に麻薬小売業者間譲渡許可を受けている場合であつて、有効期間の満了前に、期間満了後に同許可を受けるための申請を行う場合は、備考欄に
 現有許可番号 第××××××号
 令和4年1月1日付け許可希望（継続）
 と記載してください。

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。

ないときは、別紙に記載すること。

【問合せ先】

〇〇薬局 神奈川 ●郎

TEL 045-〇〇〇-□□□□

許可の有効期限は、「許可を取得した年の翌々年の12月31日までとなります。」