別記第10号の２様式（第九条の二関係）

継続

麻薬小売業者間譲渡許可申請書

共同して申請する他の麻薬小売業者がその在庫量の不足のため麻薬処方せんにより調剤することができない場合において、当該不足分を補足する必要があると認めるとき又は麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬であつて、その譲受けの日から90日を経過したものを保管しているとき、若しくは麻薬卸売業者[illegible]法第24条第11項若しくは第12項の規定に基づき譲り渡した[illegible]譲渡しの日から90日を経過したものを保管しているときに限り、麻薬を譲り渡したいので申請します。

申請書に記載する日付は、書類の発送日としてください。

令和〇年〇月〇日

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。

譲渡人・譲渡先	①		所在地	神奈川県横浜市中区日本大通●－●－● 〇〇ビル１階
			[illegible]	かながわ薬局　薬務支店
			は、 地）	神奈川県横浜市中区日本大通●－●－●
			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■
			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■
			氏名（法人にあつては[illegible]	有限会社ノース薬局 代表取締役　北斗　次郎
				神奈川県横浜市中区日本大通▲－▲－▲
		麻薬業務所		かながわ薬局　分庁支店
			は、 地）	神奈川県横浜市中区日本大通▲－▲－▲
			は、	株式会社かながわ薬局 代表取締役　薬務　太郎
代表者の氏名（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 令和〇年１月１日付け許可希望（継続） 問合せ先：

麻薬小売業者免許証のとおりに記載してください。
申請者が法人の場合は、氏名欄に法人名のほか、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、薬局ごとに記載してください。

グループの代表者を設定する場合のみ、代表者の氏名を記載してください。法人にあっては名称及び代表者の役職と氏名を記載してください。（代表者を設定しない場合は空欄としてください。）

備考欄に
現有許可番号 第××××××号
令和〇年１月１日付け許可希望（継続）
と記載してください。

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。

神奈川

（注意）

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。

1　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

2　麻薬業務所欄及び申請者欄にそ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。