

麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届

許可年月日	年 月 日	許可番号
追加する麻薬小売業者	麻薬業務所	所在地
	住所	名称
	氏名	法人にあつては、主たる事務所の所在地
①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) 印 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) 印 ③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) 印		
上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた麻薬小売業者に他の麻薬小売業者を加える必要があるので届け出ます。他の申請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限り、当該不足分を補足するために麻薬を譲り渡します。 年 月 日 都道府県知事 殿		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 2 届出者欄に、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた者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。
- 3 追加する小売業者については、追加する小売業者の欄を記入した上で、届出者欄についても必要事項を記入すること。