

麻薬小売業者間譲渡許可の許可番号を記載すること。

麻薬小売業者間譲渡許可の有効期間の始期年月日を記載すること。

(別紙様式7)

麻薬小売業者間譲渡許可書返納届

許可番号	第〇〇〇〇〇〇〇〇号	許可年月日	令和●年●月●日
返納の事由	全ての麻薬小売業者間譲渡許可を受けた麻薬小売業者が、他の麻薬小売業者間譲渡許可を受けた麻薬小売業者に麻薬を譲り渡さないことになったため。		

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●年 ●月 ●日

麻薬業務所名称

●●薬局 ●●店

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

島根県●●市●●町●一●

氏名（法人にあつては、名称）

株式会社●●●

届出者欄には、全ての許可業者及び追加する麻薬小売業者の開設者の氏名及び住所（法人の場合、登記された所在地・名称）を記載すること。

麻薬業務所名称

■■薬局 ■■店

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

島根県■■市■■町■一■

氏名（法人にあつては、名称）

株式会社■■■■■

島根県知事 殿

記載欄が不足する場合は別紙様式5を使用すること。

正本のみ、余白部分に問い合わせ先の担当者名、連絡先を記載すること。