(別紙様式1)

譲渡人・譲渡先	1)	麻薬業務所	所在地	島根県■■市□□町■一□一□
			名称	調剤薬局■■ □□店
		申請者	住所(法人にあって は、主たる事務所の 所在地)	島根県■■市■■町■一■
			氏名(法人にあっては、名称)	株式会社●●●● 代表取締役 ●● ●●
	2	麻薬業務所	所在地	島根県××市××町×—×—×
			名称	調剤薬局×× ××店
		申請者	住所(法人にあって は、主たる事務所の 所在地)	島根県××市××町■─■
			氏名(法人にあっては、名称)	株式会社〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇
	3	麻薬業務所	所在地	余白には斜線を引くこと。
			名称	ACTION PLAN E 31 CGO.
		申請者	住所(法人にあって は、主たる事務所の 所在地)	
			氏名(法人にあっては、名称)	
	4	麻薬業務所	所在地	
			名称	
		申請者	住所(法人にあって は、主たる事務所の 所在地)	
			氏名(法人にあっては、名称)	

(注意) 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

2 余白には、斜線を引くこと