

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。

麻薬小売業者間譲渡許可の許可番号を
記載すること。

別記第 10 号の 4 様式（第九条の二関係）

麻薬小売業者間譲渡許可申請者追加届

許可年月日	令和●年●月●日	許可番号	第○○○○○○○○○号
追加する麻薬小売業者	麻薬業務所	所在地	島根県■■市△△町●●
		名称	○○薬局 ○○
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地	島根県○○市□□町○○
氏名	法人にあつては、名称	株式会社 ○○○○	

追加する麻薬小売業者の免許書に記載
されたとおりに記載すること。

法人の場合、登記された所在地・名称を
記載すること。

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。

令和●年 ●月 ●日

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。

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）

島根県●●市●●町●●

氏名（法人にあつては、名称）

株式会社●●●

②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■■■■

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）

記載欄が不足する場合は別紙様式 5
を使用すること。

島根県知事 殿

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。