

麻 薬 譲 渡 届

免許証の番号	■■-0000	免許年月日	令和■年■月■日	
免許の種類	麻薬小売業者	業務廃止年月日	令和■年■月■日	
取扱者氏名	株式会社■■ 代表取締役●●	譲渡年月日	令和■年■月■日	
業務所	所在地	松江市●●町●●番地		
	名称	●●薬局■■店		
譲渡した麻薬の品名及び数量	品名	オキノーム散5mg	15包	
		オキシコンチンTR錠10mg	20錠	
		モルヒネ塩酸塩注射液10mg	2管	
譲渡した麻薬を品名別にすべて記入すること。				
譲受人	免許証の番号	■■-1111	免許年月日 令和■年■月■日	
	免許の種類	麻薬小売業者	取扱者氏名 株式会社●● 代表取締役■■	
	業務所	所在地	松江市●●町●●番地	
		名称	■■薬局	
開設者	住所	●●県●●市●●町●●番地●		
	氏名	株式会社●● 代表取締役■■		

上記のとおり麻薬を譲り渡しました。

令和■年■月■日

提出日を記入すること。譲渡の日から
15日以内に届け出ること。

譲渡人が死亡し、又は法人が解散した場合は、相続人、清算人、破産管財人等の届出義務者の、氏名、住所又は、法人住所、法人名及び代表者名を記載すること。

住所 ●●県●●市●●町●●番地

氏名 株式会社■■ 代表取締役●●
(又は届出義務者)

続柄 ()

島根県知事 殿