

譲渡許可の許可番号を記載して下さい。※麻薬小売業者の免許番号ではありません。

譲渡許可の有効期間の始期年月日を記載して下さい。

麻薬小売業者間譲渡許可書返納届

許可番号	第 ●●—△△△△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が、他の麻薬小売業者に麻薬を譲渡し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 ○駅前店

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

東京都●●区◇□町○—○—○

氏名（法人にあつては、名称）

株式会社●■薬局 代表取締役●■ ●■

届出者欄には、全ての許可業者の開設者の氏名及び住所（法人開設の場合、登記上の氏名・住所）を記載して下さい。
※押印不要

麻薬業務所名称 ●■薬局 △△駅前店

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

東京都●●区◇△町△—△—△

氏名（法人にあつては、名称）

株式会社●■薬局 代表取締役●■ ●■

東京都知事 殿

記載する欄が不足する場合は、別紙様式5を使用して下さい。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 届出者欄にそのすべてを記載することができない場合は、別紙様式5に記載すること。

正本のみ、問合せ先の担当者氏名、連絡先等を記載して下さい。

【担当者名】

調剤薬局□□ □□店 ●山 ●夫

TEL03-5320-4503 FAX03-5388-1434