

正本 1 部 及び 申請する麻薬小売業者と同じ数の副本
を作成して下さい。

継続申請

麻薬小売業者間譲渡許可申請書

共同して申請する他の麻薬小売業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
場合において、当該不足分を補足する必要があると認めるとき又は麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬であつて、
その譲受申請書記入日を記載してください。 ているとき、若しくは麻薬卸売業者から譲り受けた麻薬につ
いて、その一部を第 11 項若しくは第 12 項の規定に基づき譲り渡した場合において、その残部であつ
て、その譲渡の日から 1 年を経過したものを保管しているときに限り、麻薬を譲り渡したいので申請します。

令和 8 年 1 1 月 〇 〇 日

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	東京都〇〇区〇〇町〇—〇—〇 〇〇ビル 1 階	麻薬小売業者の名称・所在地 を記載して下さい。
			名 称	〇〇調剤薬局	
		申 請 者	住所（法人にあつては、 主たる事務所の所在地）	東京都●●区●●町●—●—●	法人開設の場合、登記上の 氏名・住所を記載して下さい。
			氏名（法人にあつては、 名称）	株式会社●●薬局 代表取締役 ●● ●●	
	②	麻薬業務所	所在地	東京都△△区△△町△—△—△	
			名 称	△△薬局	
		申 請 者	住所（法人にあつては、 主たる事務所の所在地）	東京都▲▲区▲▲町〇—〇—〇	
			氏名（法人にあつては、 名称）	株式会社▲▲薬局 代表取締役 ▲▲ ▲▲	
	麻薬業務所	所在地	東京都□□市□□町□—□—□		
代表者（麻薬小売業者間譲渡許可グループを代表して申請手続等を行う方） を設置しない場合は記載不要です。野線を引いて下さい。					—■—■
	申 請 者	主たる事務所の所在地			
		氏名（法人にあつては、 名称）	調剤薬局株式会社 代表取締役 ■■ ■■		
代表者の氏名（法人にあつては、名称）					
備 考				令和 9 年 1 月 1 日許可希望	

東京都知事 殿

(注意)

1 用紙の大きさは、A4 とすること。

2 麻薬業務所欄及び申請者欄にその全てを記載することができないときは、別紙に記載すること。

【担当者名】
調剤薬局□□ □□店 ●山 ●夫 TEL03-5320-4503

記載する欄が不足する場合は、別紙様式 1 を使用して下さい。

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。