

し

今、持っている麻薬小売業者間譲渡許可書  
に書いてある許可番号を記載してください。  
※麻薬小売業者免許番号ではありません。

ください。

令和8年 月 日

令

## 申請（継続）チェックリスト

### <現在の麻薬小売業者間譲渡許可>

| 許可番号    | 麻薬小売業者の名称（代表） | 許可を受けている麻薬小売業者数 |
|---------|---------------|-----------------|
| 0300××× | ××薬局          | 4 件             |

### <今回、新たに申請する麻薬小売業者>

| 所在地                     | 業      |
|-------------------------|--------|
| 東京都<br>××<br>区・市<br>町・村 | △△調剤薬局 |
| 東京都<br>区・市<br>町・村       |        |
| 東京都<br>区・市<br>町・村       |        |

今の麻薬小売業者間譲渡許可には入っていないが、令和9年1月1日から新たに麻薬小売業者間譲渡許可に入る麻薬小売業者を記載してください。

### <今回、申請しない麻薬小売業者>

| 所在地                     | 業    |
|-------------------------|------|
| 東京都<br>××<br>区・市<br>町・村 | 〇〇薬局 |
| 東京都<br>区・市<br>町・村       |      |
| 東京都<br>区・市<br>町・村       |      |

今の麻薬小売業者間譲渡許可には入っているが、令和9年1月1日から麻薬小売業者間譲渡許可に入らない麻薬小売業者を記載してください。

### <担当者連絡先>

| 所在地                     |                       |
|-------------------------|-----------------------|
| 東京都<br>××<br>区・市<br>町・村 |                       |
| 担当者                     | 氏名<br>〇〇 〇〇           |
|                         | 電話番号<br>03-××××-××××  |
|                         | FAX番号<br>03-××××-×××× |

今回の継続申請について、東京都から問合せをさせていただきときのご担当者様を記載してください。

## <チェックリスト>

提出前に、下記項目を確認し✓をしてください。（該当しない項目は「－」）

### （１）申請書類

| チェック | 提出書類                                                                      | 提出部数                   |
|------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|      | 麻薬小売業者間譲渡許可申請書 正本                                                         | 1 部                    |
|      | 麻薬小売業者間譲渡許可申請書 副本                                                         | 申請する麻薬小売業者の数           |
|      | 麻薬小売業者免許証（写し）<br>※ 継続申請中の場合は念書                                            | 各 1 部（全ての業者の免許証の写しを添付） |
|      | 全申請者の麻薬業務所所在地の位置関係が分かる地図                                                  | 1 部                    |
|      | 各麻薬業務所間のおおよその距離及び移動に要する時間・移動手段を示した書類                                      | 1 部（区市町村をまたぐ場合）        |
|      | 新許可書の郵送先を記載したレターパックプラス<br>（同一区市町村内の麻薬小売業者で申請する場合で 20 業者以上の場合はゆうパック（着払）伝票） | 1 式                    |
|      | このチェックリスト                                                                 | 1 部                    |

### （２）申請書の内容

| チェック | チェック内容                                                          |
|------|-----------------------------------------------------------------|
|      | 麻薬業務所の名称、所在地、氏名、住所が、麻薬小売業免許証どおり正しく記載されているか？                     |
|      | 区市町村（都内に限る）をまたいでの麻薬小売業者が申請する場合は、10 業者までになっているか。                 |
|      | 全申請者の麻薬業務所所在地の位置関係が分かる地図は、縮尺が分かるもので、業務所の位置に朱書き等で印をつけているか。       |
|      | 区市町村（都内に限る）をまたいでの麻薬小売業者が申請する場合は、全ての麻薬小売業者間の移動時間が 30 分以内となっているか。 |