

別記第 10 号の 2 様式（第九条の二関係）

麻薬小売業者間譲渡許可申請書

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たいので申請します。

年 月 日

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地		
			名 称		
		申 請 者	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）		
		②	麻薬業務所	所在地	
				名 称	
	申 請 者		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）		
	③		麻薬業務所	所在地	
				名 称	
		申 請 者	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）		
備 考					

山形県知事

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すべ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。

(別紙様式 1)

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	
			名称	
		申請者	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）	
	②	麻薬業務所	所在地	
			名称	
		申請者	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）	
	③	麻薬業務所	所在地	
			名称	
		申請者	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）	
	④	麻薬業務所	所在地	
			名称	
		申請者	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）	

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
 - 2 余白には、斜線を引くこと。