

譲渡許可の有効期間の始期年月日を記載してください。

（第1条の二関係）

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

麻薬小売業者間譲渡許可変更届

許可年月日	年	月	日	許可番号	
変更前	麻薬業務所		所在地	変更前の欄に斜線を引いてください。	
			名称		
	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			
変更後	麻薬業務所		所在地	佐賀県〇〇市〇〇町〇-〇	
			名称	▲▲薬局	
	住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地		佐賀県■■市■■町■-■	
	氏名	法人にあつては、名称		株式会社●●薬局	
変更・免許の失効の事由及びその年月日				新たに代表者を設置することとしたため。	
<input type="checkbox"/> 当該許可を受けたほかの麻薬小売業者全員の同意を得ている。					
上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可免許の失効・変更を行ったので届け出ます。					
他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、 チェックを入れてください。					
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）			代表者のみの記載で差支えありません。		
氏名（法人にあつては、名称）					
②麻薬業務所名称					
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）					
佐賀県知事 殿					

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 届出者欄に、麻薬小売業者間譲渡許可を受けた者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。
- 3 代表者の変更を届け出る場合は、変更前の氏名欄に変更前の代表者を、変更・免許の失効の事由及びその年月日欄に代表者を変更する旨を記載すること。
- 4 代表者のみが届出を行う場合は、当該届出の内容について、当該許可を受けた他の麻薬小売業者全員の同意を得た上で、必要事項を記載すること。また、同意を得ている場合は同意欄にチェックを入れること。