

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

譲 渡 人	①	免許証の番号	第123号	免許年月日	平成23年1月1日
		麻薬業務所	所在地	東京都千代田区霞ヶ関1-2-3	
		名 称	厚労薬局霞ヶ関1丁目店		
譲 渡 先	免許証の番号	第 号	免許年月日	年 月 日	
	麻薬業務所	所在地			
	名 称				
備 考		平成24年1月1日付け許可の申請			
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。					
平成23年11月 1日					
①に係る申請者 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 東京都千代田区霞ヶ関1-2-2 氏名（法人にあつては、名称） 株式会社厚労薬局  印 代表取締役 丸野 角太郎 					
②に係る申請者 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） 印 関東信越厚生局長 殿					

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格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。

連絡担当者

厚生薬局霞ヶ関1丁目店
 厚生花子
 TEL 03-3512-
 FAX 03-3512-xxxx

(別紙様式1)

譲渡人・譲渡先△	免許証の番号		申請中(第246号)	免許年月日	年 月 日	
	麻薬業務所	所在地	東京都千代田区霞ヶ関2-99-10			
		名称	厚労薬局霞ヶ関2丁目店			
	申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	東京都千代田区霞ヶ関1-2-2			
		氏名(法人にあっては、名称)			株式会社厚労薬局 代表取締役 丸野 角太郎	
	免許証の番号		第 号	免許年月日	年 月 日	
	麻薬業務所	所在地				
		名称				
	申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)				
		氏名(法人にあっては、名称)				
免許証の番号		第 号	免許年月日	年 月 日		
麻薬業務所	所在地					
	名称					
申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)					
	氏名(法人にあっては、名称)					印

(別紙様式1)

譲渡人・譲渡先△	免許証の番号		第 987 号	免許年月日	平成23年 1月 1日
	麻薬業務所	所在地	東京都港区虎ノ門1-50-100		
		名称	タイガードラッグ		
	申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	東京都港区虎ノ門1-50-100		
		氏名(法人にあっては、名称)	タイガードラッグ 代表 湊 寅次郎		
	免許証の番号		第 号	免許年月日	年 月 日
	麻薬業務所	所在地			
		名称			
	申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)			
		氏名(法人にあっては、名称)			
免許証の番号		第 号	免許年月日	年 月 日	
麻薬業務所	所在地				
	名称				
申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)				
	氏名(法人にあっては、名称)				

(別紙様式1)

譲渡人・譲渡先△	免許証の番号		第975号	免許年月日	平成23年 1月 1日	
	麻薬業務所	所在地	東京都千代田区内幸町2-100-50			
		名称	ハッピー薬舗 日比谷店			
	申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	東京都千代田区九段南15-30-45			
		氏名(法人にあっては、名称)	ハッピー薬舗株式会社 代表取締役社長	東 麻男	 	
	免許証の番号		第 号	免許年月日	年 月 日	
	麻薬業務所	所在地				
		名称				
	申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)				
		氏名(法人にあっては、名称)				
免許証の番号		第 号	免許年月日	年 月 日		
麻薬業務所	所在地					
	名称					
申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)					
	氏名(法人にあっては、名称)					印