様式第５号の３

記載例

譲渡許可書の番号を記載
※麻薬小売業者の免許番号ではありません。

譲渡許可の有効期間の始期を記載

麻薬小売業者間譲渡許可書返納届

許可番号	第　●●●●●●　号	許可年月日	令和●　年　●　月　●●　日
返納の事由	全ての麻薬小売業者が、他の麻薬小売業者に麻薬を譲渡しないこととなったため。		

上記のとおり、麻薬小売業者間譲渡許可書を返納します。

令和◆　年　◆　月　◆◆　日

麻薬業務所名称　県庁調剤薬局　東公園店

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
福岡市中央区天神□－□－□□
氏名（法人にあっては、名称）
株式会社県庁薬局

許可を受けている**全ての麻薬業務所**の名称及び開設者の住所・氏名を記載してください。

欄が不足する場合、届出書別紙を使用してください。

麻薬業務所名称　●●薬局　▲▲店

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
大野城市白木原◇－◇－◇◇
氏名（法人にあっては、名称）
福岡　花子

福岡県知事　　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。