

(別紙様式1)

譲渡人・譲渡先	①	麻薬業務所	所在地	滋賀県○△市○△町○丁目△番地○号 ○△ビル○階
			名称	○△薬局
		申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	滋賀県●●市●●町●丁目●番地●号
			氏名(法人にあっては、名称)	株式会社●●薬局 代表取締役 ●● ●●
	②	麻薬業務所	所在地	滋賀県△○市△○町△丁目○番地△号
			名称	△○薬局
		申請者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	滋賀県■●市■●町■丁目■番地■号
			氏名(法人にあっては、名称)	株式会社■●薬局 代表取締役 ■■ ■■
	③	麻薬業務所	所在地	余白には罫線を引いてください。
			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)	
④	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)		

- (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