

廃止後15日以内

残 余 麻 薬 届(記入例)

年 月 日

静岡県知事 様

自宅住所を記入

住 所 (法人にあっては、その主たる事務所の所在地)
浜松市〇区元城町 103 番地の 2
氏 名 (法人にあっては、その名称及び代表者の氏名)
浜松太郎

麻薬及び向精神薬取締法第36条第1項、第4項において準用する同条第1項、の規定により、次のとおり届け出ます。

麻薬管理者がいる場合は、麻薬管理者免許番号等

麻 薬 及 び 向 精 神 薬 取 締 法 第 36 条 第 1 項 の 届 出 義 務 者	免許の種類及び番号	麻薬施用者第 134310000 号	免許年月日	令和 1 年 1 月 1 日
	麻薬業務所の所在地	浜松市〇区鴨江二丁目 11 番 2 号		
	麻薬業務所の名称	鴨江診療所		
	麻薬営業者、麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の氏名又は名称	浜松太郎		
麻薬及び向精神薬取締法第36条第4項において準用する同条第1項の規定による届出にあっては、上記の者との関係		(空白)		

有効期間の最初の日を記入

届出の理由	麻薬業務廃止のため	届出理由の発生年月日	令和〇年〇月〇日
-------	-----------	------------	----------

現 及 に び 所 数 有 量 す 量 る 量 麻 量 薬 量 の 量 品 量 名 量	品 名	数 量	品 名	数 量
	塩酸モルヒネ錠 10mg	21 錠		
	リン酸コデイン 10 倍散	30.5g		
	(以下余白)			

在庫がない場合は、「在庫なし」と記載する