

残 余 麻 薬 届(記入例)

年 月 日

静岡県知事 川勝平太 様

住 所 (法人にあつては、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 (←法人の所在地)  
 氏 名 (法人にあつては、その名称及び代表者の氏名)  
 医療法人社団 元城会  
 理事長 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	麻薬管理者第 144310000 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	鴨江クリニック		
	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	医療法人社団 元城会 理事長 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つては、上記の者との関係		(空白)		
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 年 月 日
現及び数量に所有する麻薬の品名	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」と記載し、届出を提出			

有効期間の最初の日を記入

提出部数：2部