

残余麻薬届

〇〇年〇〇月 日

佐賀県知事 殿

届出書の提出日を記入してください。

住所 （法人にあっては、主たる事務所の所在地） 佐賀市城内 x - x

届出義務者自身が死亡、法人の解散等により届出出来ない場合に、代わりに届ける者の続柄を記入します。

届出義務者続柄

開設者の住所を記入してください。

開設者の代表者名を記入してください。

氏名 （法人にあっては、名称）

医療法人佐賀会 理事長 城内一郎

麻薬及び向精神薬取締法第 36 条第 1 項の規定により、次のとおり届け出ます。

麻薬取扱者	免許の種類	麻薬管理者		麻薬管理者（麻薬管理者がいない施設では麻薬施用者）の免許証番号、免許者の氏名を記載してください。
	免許番号	第 x x x x x x 号		
	氏名 <small>（法人にあっては、名称）</small>	佐賀 花子		
	麻薬業務所	所在地	佐賀市城内 x - x	麻薬業務所の所在地、名称を記載してください。
	名称	医療法人佐賀会 県庁病院		
業務（研究）の廃止又は免許の失効年月日		年 3 月 3 1 日	届出の事由が生じた年月日を記載	
届出の理由		業務廃止 その他（	移転 法人化	届出の事由を選択、記載
残余麻薬の品名及び数量	品名	数量	備考	
	ナルキド錠 2mg	20 錠		
	デインリン酸塩散 10%	15.4g		
	オキノム散 10mg (オキノム散 0.5%)	20 包		
	フインタール注射液 0.5mg	5 A		
	フインタール 3 日用テープ 4.2mg	3 枚		
	以下余白	業務廃止時に所有している麻薬の品名及び数量を記載すること。 在庫が無い場合は、「在庫なし」と記載すること。		
残余麻薬の処置		<ol style="list-style-type: none"> <li>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に譲渡し、残余麻薬譲渡届を提出する予定</li> <li>麻薬廃棄届を提出し、廃棄する予定</li> <li>その他（具体的に記入すること。）</li> </ol>		残余の麻薬がある場合は、その処置方法について、該当番号を で囲んでください。 処置方法に応じて、必要なその他の届出を行ってください。

備考 この様式は、九州各県（沖縄県を除く。以下同じ。）の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。