

残余麻薬譲渡届

届出書の提出日を記入してください。

年 月 日

佐賀県知事 殿

開設者の住所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。

届出義務者続柄氏名 (法人にあっては、名称)

開設者の代表者名を記入してください。

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 3 項の規定により、次のとおり届け出ます。

譲渡者	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 (法人にあっては、名称)	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 日	麻薬診療施設でなくなった年月日、残余麻薬届出日をそれぞれ記載してください。
残余麻薬届出年月日		年 4 月 1 0 日			
譲受者	麻薬取扱者	譲受者(譲渡先)の麻薬診療施設の開設者の住所、氏名を記載してください。個人の場合は開設者個人の自宅住所と個人名となります。		佐賀市城外 x - x	
				県庁城外医院 城外 二郎	
		免許の種類	麻薬施用者	譲受者(譲渡先)の麻薬診療施設における麻薬管理者(麻薬管理者がない施設では麻薬施用者)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		
麻薬業務所	氏名 (法人にあっては、名称)	城外 一郎			
	所在地	佐賀市城外 x - x	譲受者の麻薬業務所の所在地、名称を記入してください。		
名称		県庁城外医院			
譲渡年月日		年 4 月 1 0 日			
譲渡した麻薬の品名及び数量	品名		数量	備考	
	ナルベド錠 2mg		20 錠		
	コデインリン酸塩散 10%		15.4g		
	キノム散 10mg (キノム散 0.5%)		20 包		
	以下余白				

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。