

佐賀県知事 様

住 所 (法人にあつては, 主たる  
事務所の所在地)

佐賀市城内1-〇-〇〇

届出義務者続柄

届出者の住所、氏名を記入

氏 名 (法人にあつては, 名称)

有限会社 薬務課薬局  
代表取締役 薬務太郎

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 小売業者	
	免許番号	第 〇〇〇〇〇〇 号	
	氏 名 (法人にあつては, 名称)	有限会社 薬務課薬局	
	麻薬業務所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 佐賀市城内1-〇-〇〇
名 称		薬務課薬局	
業務(研究)の廃止又は免許の失効年月日		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
届出の理由		<input checked="" type="checkbox"/> 業務廃止 <input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> 法人化 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
残余麻薬の品名及び数量	品 名	数 量	備 考
	オキシコンチン錠 10mg	20錠	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。
	フェントステープ 2mg	4枚	
	以下、余白		
残余麻薬の処置	1 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 2 麻薬廃棄届を提出し, 廃棄する予定 3 その他 (具体的に記入すること)		
	該当する番号を○で囲むこと。		

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。