令和　　年 麻薬小売業者の届

豊島区池袋保健所長　　令和　　年　　月　　日

免 許 証 の 番 号:　　第　　号

開 設 者 氏 名:　　印

麻薬業務所の所在地:

麻 薬 業 務 所 の 名 称:

電話

品　　名	単位	令和　年10月1日現在麻薬所有数量	令和　年10月1日から令和　年9月30日までの譲受及び譲渡麻薬		令和　年9月30日現在麻薬所有量	備　考
			譲受麻薬数量	譲渡麻薬数量		

[注　意]①「品名」欄は略名を使用せず、原末等から倍散、倍液を調整した時は、剤形・規格別に記載してください。
②「単位」は、次の例を参考に、数量の特定が可能なものを記載してください。
例：原末･散剤…g,mg　錠剤…錠,T　ｶﾌﾟｾﾙ剤…cap　分包製剤…包　坐剤…個　貼付剤…枚　ﾊﾞｯｶﾙ錠…本,個
チンキ剤･液剤…mL　注射剤(ｱﾝﾌﾟﾙ)…A　注射剤(ｼﾘﾝｼﾞ)…本　注射剤(ﾊﾞｲｱﾙ)…V,mL
③「備考」欄は、(ア)「麻薬廃棄届」により処理した数量、(イ)「麻薬事故届」により届出した麻薬の数量、
(ウ)その他（帳簿訂正により訂正した数量など）について記載してください。
④ 該当期間中に麻薬を所有しなかった場合も、「所有なし」と記載して届け出てください。
⑤ 記載欄が足りない場合は、この用紙を複写して御使用ください。

提出先　豊島区池袋保健所生活衛生課医務・薬事グループ　電話番号　03-3987-4207
郵便番号　170-0013　豊島区東池袋４－４２－１６　２階