

麻薬譲渡届

免許証の番号	第〇〇〇〇〇〇号	免許年月日	〇〇年 〇月 〇日	
免許の種類	麻薬小売業者	氏名	株式会社 〇〇薬局	
麻薬業務所	所在地	東京都豊島区〇〇 △丁目△番△号 ××ビル□階		
	名称	〇〇 薬局		
譲渡麻薬	品名	数量	品名	数量
	MS コンチン錠10m g	100錠		
	デュロテップMTパッチ2.1mg	5枚		
届出事由	業務所移転、開設者変更、その他 () 〇〇年 〇月 〇日			
譲渡先	免許証の番号	第×××××号	免許年月日	××年 ×月 ×日
	免許の種類	麻薬小売業者	氏名	株式会社 ××薬局
	麻薬業務所	所在地	東京都××区〇〇 △丁目△番△号 ××ビル□階	
		名称	××薬局	
	開設者	住所	〇〇県〇〇市×× △丁目△番△号 ××ビル□階	
氏名		株式会社×××××		
譲渡年月日	●●年 ●月 ●日			
麻薬及び向精神薬取締法第36条第3、4項の規定により、上記のとおり麻薬を譲渡したので、届け出ます。 〇〇年 〇月 〇日 住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 東京都〇〇区▲▲ □丁目□番□号 届出義務者続柄 氏名 (法人にあつては、名称) 株式会社 〇〇薬局 代表取締役 〇〇〇〇〇 豊島区保健所長				
※麻薬帳簿持参のこと		連絡先 電話番号	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇	