

残余麻薬譲渡届

年 月 日

静岡県知事 川勝 平太 様

住 所 (法人にあっては、その主たる事務所の所在地)

浜松市〇区元城町 103 番地の 2

旧開設者の名前及び自宅
住所を記入してください。

氏 名 (法人にあっては、その名称及び代表者の氏名)

鴨江太郎

第3項

麻薬及び向精神薬取締法第36条第3項の届出義務者

第4項において準用する同条第3項の規定により、次のとおり届け出ます。

麻薬管理者がいる場合は、麻薬管理者免許番号等

麻薬及び向精神薬取締法第36条第3項の届出義務者	免許の種類及び番号	麻薬 施用者 第 135029999 号	免許年月日	令和 1 年 1 月 1 日
	麻薬業務所の所在地	浜松市〇区鴨江二丁目11番2号		
	麻薬業務所の名称	鴨江診療所		
	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の氏名又は名称	鴨江太郎		
麻薬及び向精神薬取締法第36条第4項において準用する同条第3項の規定による届出にあっては、上記の者との関係	(記入しない)			
譲 受 人	免許の種類及び番号	麻薬 施用者 第 135030000 号	免許年月日	令和 年 月 日
	麻薬業務所の所在地	浜松市〇区鴨江二丁目11番2号		
	麻薬業務所の名称	鴨江診療所		
	住 所	浜松市〇区上西町939番地の2		
氏名又は名称	鴨江次郎			
譲渡しの理由	診療所開設者の変更のため	譲渡しの年月日	年 月 日	
譲渡した麻薬の品名及び数量	品 名	数 量	品 名	数 量
	塩酸モルヒネ錠10mg	21錠		
	(以下余白)			

注意

※ 麻薬施用者が2名になる場合は、新たに診療所開設者となる者があらかじめ麻薬管理者免許の申請を行い、免許番号が決まってから本届を提出すること。(開設者は施用者と管理者の2つの免許を所有することになる。)

提出部数：2部