様式⑥

年麻薬小売業者の届

町田市保健所長　　様

年　　月　　日

免 許 証 の 番 号 ： 第　　号

開 設 者 氏 名 ：

麻薬業務所の所在地 ： 東京都町田市

麻薬業務所の名称 ：

電話

区分 / 単位 / 品名		年10月1日現在麻薬所有数量	年10月1日から　年9月30日までの譲受及び譲渡麻薬		年9月30日現在麻薬所有数量	備考
			譲受麻薬数量	譲渡麻薬数量		

（注）・「品名」欄は、略名を使用しないでください。また、原末から倍散、倍液を調製したときは、剤型・濃度別に記入してください。

・「単位」欄は、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　カプセル剤…ｃａｐ、ｃｐ　分包製剤…包
坐剤…個　貼付剤…枚　チンキ剤・液剤…ｍＬ　注射剤(アンプル)…Ａ　注射剤(シリンジ)…本
注射剤(バイアル)…Ｖ、ｍＬ

・「備考」欄は、次のように記載してください。

（イ）「麻薬廃棄届」により廃棄した麻薬の数量及び届出年月日
（ロ）「麻薬事故届」により届け出た麻薬の数量
（ハ）その他（帳簿訂正により処理した数量等）

なお、調剤済麻薬廃棄届により廃棄した数量は記載する必要はありません。

・麻薬小売業者間譲渡許可に基づいて譲渡・譲受した麻薬の数量は、内数として括弧書きで併記してください。
・廃棄のため、患者等から譲り受けた麻薬の数量の記載は必要ありません。
・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。