

# 麻 薬 譲 渡 届

免許証の番号	第〇〇〇〇〇〇〇号	免許年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日		
免許の種類	麻薬小売業者	氏名	株式会社〇〇薬品		
麻薬業務所	所在地	東京都町田市中町△丁目△番△号 2階			
	名称	〇〇薬局 町田店			
譲 渡 麻 薬	品名	数量	品名	数量	
	パシーフカプセル30mg		48cap		
	デュロテップMTパッチ2.1mg		12枚		
	以下余白				
施設廃止の事由と廃止日をご記入ください。					
届出事由	業務所移転、 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">開設者変更</span> 、その他 ( ) 20××年3月31日				
譲 渡 先	免許証の番号	第××××××号	免許年月日	20××年4月1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◇市◇◇町◇一◇一◇		
		名称	◇◇薬局		
	開設者	住所	神奈川県◇◇市◇◇町◇◇一◇6		
氏名		株式会社◇◇薬局			
譲渡年月日	20××年5月1日	対象の麻薬の譲渡日（施設廃止後50日以内） をご記入ください。			
<p>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。</p> <p style="text-align: center; color: red;">20××年5月15日</p> <p style="text-align: center;">住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 東京都町田市森野〇丁目〇番〇号 7階705番</p> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄</p> <p style="text-align: center;">氏 名（法人にあつては、名称） 株式会社〇〇薬品</p> <p>町田市保健所長 様</p>					
※麻薬帳簿持参のこと		連絡先 電話番号	090(××××)××××		