

## 麻薬所有届

免許証の番号	第〇〇〇〇〇〇〇〇号		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		
現に所有する麻薬	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			
	廃止時点の在庫状況をご記入ください。 在庫が無い場合は「所有なし」とご記入ください。			
届出事由及びその年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 業務廃止 <input type="checkbox"/> 取扱不用 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 業務所移転 <input type="checkbox"/> 開設者変更 その他 ( ) 20××年3月31日			
処理の方法	<input type="checkbox"/> 任意提出(廃棄) <input checked="" type="checkbox"/> 譲渡 <input type="checkbox"/> 在庫が無い場合は記入不要です。			
麻薬及び向精神薬取締法第36条第1、4項の規定により、上記のとおり麻薬の所有量を届け出ます。				
20××年4月15日				
住所	法人にあつては、主たる事務所の所在地 <b>東京都町田市森野〇丁目〇番〇号 7階705番</b> (届出義務者続柄)			
氏名	(法人にあつては、名称) <b>株式会社〇〇薬品</b>			
町田市保健所長	様			
	連絡先 電話番号	090(××××)××××		