

麻 薬 所 有 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	
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	業務廃止 取扱不用 死亡 業務所移転 開設者変更 その他 ( 20××年3月31日 )		
処理の方法	任意提出(廃棄) 譲渡 在庫が無い場合は記入不要です。 )		
<p>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。</p> <p>20××年4月15日</p> <p>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>〔届出義務者続柄〕</p> <p>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>			
連絡先 電話番号		090 (××××) ××××	