

取扱課 薬務課長 殿	経由機関名 茨城県 保健所 (衛生課扱)	経由第 号 年 月 日
---------------	----------------------------	----------------

卸-12 研-10

麻薬譲渡届

①〇〇年〇〇月〇〇日

茨城県知事 殿

②住所 日立市〇〇町1-2-3
 続柄
 ②氏名 医療法人●●会
 理事長 日立 一郎

麻薬を譲渡したので次のとおり届け出ます。

譲渡者等	③免許の種類		麻薬管理者	④免許証番号	第〇〇-〇〇〇〇号
	麻薬	所在地	日立市〇〇町1-2-3		
	業務所	名称	医療法人●●会 衛生課病院		
	開設者等	住所	日立市〇〇町1-2-3		
		氏名	医療法人●●会		
譲渡年月日		〇〇年〇〇月〇〇日			
譲渡した麻薬		品名	数量		
		MSコンチン錠 10mg	100錠		
		モルヒネ塩酸塩注射液 10mg	50A		
譲受者等	⑤免許の種類		麻薬管理者	⑥免許証番号	第〇〇-〇〇〇〇号
	麻薬	所在地	土浦市△△町4-5-6		
	業務所	名称	医療法人▲▲会 監視指導課病院		
	開設者等	住所	土浦市△△町4-5-6		
		氏名	医療法人▲▲会 理事長 土浦 次郎		

<記入上の注意>

- ①窓口に届け出る日を記入する。
- ②譲渡する施設の開設者が届け出る。個人の場合は、届出者の自宅住所と氏名を記入する。
法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名を記入する。
- ③該当する免許の種別を記載する。
- ④廃止した免許の番号を記載する。
- ⑤該当する免許の種別を記載する。
- ⑥譲受者の免許の番号を記載する。