

取扱課	経由機関	経由第 号
薬務課長 殿	名 茨城県 保	年 月 日

免許の失効による麻薬所有量届

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 ② 氏名 医療法人●●会 理事長 日立 一郎		
下記のとおり、麻薬の所有量について届け出ます。		
③ 免許の種類	麻薬管理者	
④ 免許証の番号	第〇〇-〇〇〇〇号	
④ 免許年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
⑤ 氏名	茨城 太郎	
麻薬業務所	所在地 日立市〇〇町 1-2-3	
	名称 医療法人●●会 衛生課病院	
届出の事由	病院移転	
届出事由発生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
所有する麻薬の 品名及び数量	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
備 考		

<記入上の注意>

- ❶窓口に届け出る日を記入する。
- ❷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。
- ❸該当する免許の種別を記載する。
- ❹廃止した免許の番号と有効期間開始日を記載する。
- ❺免許を所持していた者の氏名を記載する。