

免許失効による所有麻薬届

平成〇〇年〇〇月××日

北海道知事 様

届出義務者氏名 株式会社〇〇薬局

代表取締役 〇田 〇男

次のとおり免許失効による所有麻薬について、届け出ます。

免許種別	麻薬小売業者	免許番号	第〇〇〇〇号	免許年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
業務所所在地及び名称又は氏名	札幌市**区〇〇条〇△丁目〇-〇 〇〇薬局 ××店				
免許失効の事由及びその年月日	薬局を廃止したため 平成〇〇年××月××日				麻薬免許証の免許年月日(有効期間の始期)を記載
麻薬を管理していた者の氏名等	免許種別	/	免許番号	/	氏名
所有麻薬の品名及び数量	リン酸コデイン10倍散 27g				
所有麻薬の措置及び方法	札幌市××区××条△△丁目×-× 〇〇薬局 △△店へ譲渡の予定				

連絡先：電話 〇〇〇-××△△ 担当者〇田