

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

麻薬診療施設、麻薬研究施設の場合、開設者が届出

届出義務者氏名 医療法人〇〇〇

理事長 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。

免許種別等は空欄にすること

免許種別	免許番号	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△丁目〇ー〇 医療法人〇〇〇 ×××クリニック		麻薬を管理していた者の麻薬免許証の免許年月日(有効期間の始期)を記載
免許失効の事由及びその年月日	診療所の廃止のため 平成〇〇年××月××日		
麻薬を管理していた者の氏名等	免許種別	麻薬管理者 免許番号	第〇〇〇〇号 氏名 〇川 〇子
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**区〇〇条〇△丁目〇ー〇 △△△医院へ譲渡の予定		

連絡先：電話 〇〇〇-××△△ 担当者〇田