

免許失効による麻薬譲渡届

平成〇〇年〇〇月××日

北海道知事 殿

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

免許失効による麻薬の譲渡について、別紙受領書の写しを添えて、届け出ます。

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

免許種別		免許年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日				
免許番号		業務廃止の年月日	平成〇〇年〇〇月××日				
施設の麻薬を管理していた者	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	
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						
譲渡した麻薬の品名及び数量	リン酸コデイン10倍散 27g						
譲渡先	免許種別		免許番号		免許年月日	平成〇〇年〇〇月△△日	
	施設の麻薬を管理している者	免許種別	麻薬施用者	免許番号	第△△△△号	氏名	△△川 △夫
	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 △△△医院					
譲渡の理由	診療所の廃止のため						

麻薬を譲渡する先で麻薬を管理している者の麻薬免許証の免許年月日(有効期間の始期)を記載

連絡先：電話〇〇〇-××△△ 担当者〇田