

# 免許失効による所有麻薬届

平成 年 月 × × 日

北海道知事 様

届出義務者氏名 株式会社 薬局  
代表取締役 田 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 号	免許年月日	平成 年 月 日
業務所所在地及び名称又は氏名	札幌市 * * 区 条 丁目 - 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 年 × × 月 × × 日				
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 27 g				
所有麻薬の措置及び方法	札幌市 × × 区 × × 条 丁目 × - × 薬局 店へ譲渡の予定				

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  
氏名等の欄は記載しない  
こと