

免許失効による所有麻薬届

平成 年 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

理事長 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。

免許種別等は空欄にすること

免許種別	免許番号	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 - 医療法人 × × × クリニック		
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 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 号 氏名 川 子
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 - 医院へ譲渡の予定		

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

連絡先：電話

- × ×

担当者 田