

免許失効による麻薬譲渡届

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

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 年 月 日	
免許番号			業務廃止日	平成 年 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 号	氏名 川 子
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				
譲渡した麻薬の品名及び数量	リン酸コデイン 10倍散 27g				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
譲渡先	免許種別			免許番号	免許年月日 平成 年 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 条 丁目 - 医院			
譲渡の理由	診療所の廃止のため				