

<記入例>

麻薬施用者

業務廃止

届

免許証返納

免許証の番号		第 4 - 5002号	免許年月日 (有効期間始期)	令和 2年 4月 1日
麻薬業務所	所在地	東京都新宿区西新宿2-8-1 都庁第一本庁舎30階		
	名称	医療法人社団東京会 都庁病院		
氏名		東京 花子		
業務廃止の事由 又は 免許証返納の事由、 及びその年月日  (該当するものに○)		<p>【業務廃止】</p> <p>1 令和 3年 3月31日付で業務（研究）廃止（下記から理由を選択）          &lt;退職（都内では麻薬を取り扱わない）、診療所廃止、取扱不用、死亡、移転          開設者変更、その他（ ） &gt;</p> <p>2 令和 年 月 日付で免許有効期間が満了したが継続申請を行わなかった。</p> <p>【返納】</p> <p>1 令和 年 月 日付で免許有効期間満了のため（継続申請済）</p> <p>2 その他（令和 年 月 日付 のため）</p>		
<p>上記のとおり、業務を廃止したので、免許証を添えて 届け出ます。</p> <p>免許証を返納したいので</p> <p>令和 3年 4月 12日 ←窓口に届け出る年月日を記入してください。</p> <p>住所 東京都新宿区西新宿2-8-1</p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏名 東京 花子</p> <p>東京都知事 殿</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p>届出者の住所・氏名を記入してください。              ※廃止事由が死亡の場合は、親族の届出となります。              その場合は、届出義務者続柄も記入してください。              ※押印不要</p> </div>				
連絡先電話番号			03 ( 5320 ) 4503	

<注意事項>

- この届は、業務を廃止した時は廃止後15日以内（窓口持参）、麻薬免許証を継続した時は、免許証有効期限満了後15日以内（簡易書留等の郵送可）に提出してください。
- 上記の併記してある文字のうち不要な部分は二重線で消してください。
- この業務廃止により、麻薬業務所に麻薬管理者、麻薬施用者が1名もいなくなる場合は、別途手続きが必要です（詳細につきましては薬務課へご相談ください ☎03-5320-4503）。

薬務課使用欄

- 麻薬管理者 ( 有 ・ 無 )
- この施用者のみ
  - 一人施用者の交代 ( 申請済 ・ 同日受付 )
  - 業務所の廃止
    - 所有届 ( 有 ・ 無 ・ 提出依頼 )
    - 譲渡届 ( 有 ・ 無 ・ 提出依頼 )