麻 薬 所 有 届

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 第　　　　　　　号 | | 免 許 年 月 日 | | | | 年　　月　　日 |
|  | 麻薬　　　　　　者 | | 氏　　　　　名 | | | |  |
| 麻薬業務所又は麻薬の所在場所 | 所在地 | 東京都 | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | |
| 現に所有する麻薬 | 品　　　　名 | | | | | 数　　　　量 | |
|  | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
|  | | | | |  | |
| 届出事由及び  その年月日 | 取扱不用 、診療所廃止 、診療所移転 、開設者変更 、死亡 、  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
|  | 任意提出（廃棄）、譲渡、その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 麻薬及び向精神薬取締法第３６条第１項及び第４項の規定により、上記のとおり麻薬の  所有量を届け出ます。  　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　住　所　法人にあっては、主  たる事務所の所在地  　　　　　　届出義務者続柄  　　　　氏　名　法人にあっては、名  称及び代表者の氏名  東　　京　　都　　知　　事　　殿  東京都　　　　　　保健所長　　殿 | | | | | | | |
| ※ 麻薬帳簿を持参してください。 | | | | 電話番号 | （　　　　） | | |

（注）開設者が国、地方公共団体、大学病院又は医療法人の場合は、当該麻薬診療施設の長の

　　職名、氏名によっても差し支えありません。