

該当する免許の種類
を記入してください。

麻 薬 所 有 届

免許の有効期間の始期年月日
を記入してください。

免許証の番号	第 4-118 号	免許年月日	令和7年 1月 1日
免許の種類	麻薬 管理者	氏 名	東京 薬美
麻薬業務所又は麻薬 の所在場所	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	都庁病院	
現に所有する麻薬	品 名		数 量
	MSコンチン 10mg		180T
	塩酸モルヒネ注射液 50mg		26A
	リン酸コデイン10倍散		40g
	以下余白		
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（ 令和 7年 3月 31日		
処 理 の 方 法	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。

令和 7年 4月 1日

窓口に届け出る年月日を記入してください。
届出事由該当後15日以内

住 所（法人にあっては、主
たる事務所の所在地）

東京都新宿区西新宿2-8-1
都庁第一本庁舎30階

届出義務者続柄

開設者が死亡・解散した場合は相続人・清算人等の届出と
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。

氏 名（法人にあっては、名
称及び代表者の氏名）

薬事 一郎

東 京 都 知 事 殿
東京都 保健所長 殿

個人開設の場合は個人名・住所、法人開設
の場合は代表者名・所在地を記入ください。
※押印不要

※ 麻薬帳簿を持参してください。

連 絡 先
電話番号

03 (5321) 1111

開設者の届出

（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。