

麻 薬 所 有 届

免許証の番号	第	号	免許年月日	年	月	日
免許の種類	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					
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					
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、下記のとおり麻薬の所有量を届け出ます。 記 所有麻薬は、ありません。 年 月 日 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 届出義務者続柄 氏名（法人にあつては、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。			連絡先電話番号	()		

(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。