

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 4-5000 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	
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、 <b>開設者変更</b> 、死亡、その他（ 令和 7年 3月 31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。

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（法人にあつては、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（法人にあつては、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印、法人の場合は代表者の登記印を押してください。  
※押印不要

開設者の届出

※ 麻薬帳簿を持参してください。

連絡先  
電話番号

03 (5321) 1111

(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。