

## 免許の失効時所有麻薬届

品 名※	数 量	品 名	数 量
免許失効の事由 及び 年 月 日	(免許失効の理由)		
	年 月 日		
上記のとおり、麻薬及び向精神薬取締法第36条の規定により届け出ます。			
年 月 日			
麻薬業務所 所在地	〒		
麻薬業務所 名称			
住所 (法人にあっては、 主たる事務所の所在地)	〒		
氏名 (法人にあっては、 名称及び代表者名)			
千葉県知事 様			

(注意事項)

※ 所有している麻薬がない場合は、「在庫なし」と記載してください。

## 免許の失効時所有麻薬届

品名*	数量	品名	数量
MS コンチン錠 10mg	50 錠		
オキノム散 5mg	20 包		
フェンタニル注射液 0.1mg	20A		
アヘンチンキ	25mL		

麻薬の在庫がない場合は、「在庫なし」と記載してください。

**(注意)**  
 免許失効時に麻薬の在庫がある場合、以下の手続きが必要です。

在庫麻薬を廃棄する場合 「麻薬廃棄届(別記様式 13)」  
 在庫麻薬を譲渡する場合 「免許失効による麻薬譲渡届(別記様式 19)」

免許失効の事由 及び年月日	(免許失効の理由) 医療法人化のため
	令和〇年〇月〇日

上記のとおり、麻薬及び向精神薬取締法第 36 条の規定により届け出ます。  
 令和〇年〇月〇日

麻薬業務所 所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区市場町〇-	麻薬免許証に記載された麻薬業務所の所在地及び名称を記載
麻薬業務所 名称	県庁診療所	
住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区亥鼻〇-	麻薬免許証に記載された開設者の住所及び氏名(名称)を記載 ※開設者が個人の場合は、個人の住所、氏名を記載
氏名 (法人にあっては、名称及び代表者名)	千葉 太郎	

千葉県知事 様

(注意事項)

※ 所有している麻薬がない場合は、「在庫なし」と記載してください。