

麻 薬 譲 渡 届

お手元の許可証
をご覧いただき、
記載ください。
年月日は、許可開
始日です。

免許証の番号	○練保所生麻き第△号	免許年月日	○年△月□日
免許の種類	麻薬小売業者	氏名	株式会社○○
麻薬業務所	所在地	東京都 練馬区○○一丁目2番3号 △ビル1階	
	名称	○○薬局	

	品名	数量	品名	数量
譲 渡 麻 薬	オキシコンチン錠 5 m g	1 5 T		

届出事由	業務所移転、 開設者変更 、その他 () ○年△月□日
------	------------------------------------------------------------------------------------------

譲 渡 先	免許証の番号	×練生所麻き第×号	免許年月日	×年×月×日
	免許の種類	麻薬小売業者	氏名	株式会社△△
	麻薬業務所	所在地	東京都 練馬区○○二丁目3番4号	
		名称	××薬局	
	開設者	住所	練馬区○○二丁目3番4号	
		氏名	株式会社△△	

譲渡年月日	○年△月□日
-------	--------

麻薬及び向精神薬取締法第36条第3、4項の規定により、上記のとおり麻薬を譲渡したので、届け出ます。

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)

- ・提出年月日、住所、氏名、連絡先を記載してください。
 - ・法人の場合は、登記された本社の所在地、名称および代表者氏名を記載してください。
 - ・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。

練馬区保健所長 殿

業務所電話番号