別記様式４－１（第３条、第４条関係）

**業務（研究）廃止**

**免 許 証 返 納**

**施　 用**

**管　 理**

**研 　究**

**麻薬　　　　　　　者　　　　　　　　　　届※1,2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | 第　　　　号 | 免許年月日(有効期間の始期) | 　　　年　　　月　　　日 |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 〒 |
| 名　称 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 業務（研究）廃止又は免許証返納の事由 |  |
| 上記事由の年月日 | 　年 　　　月　 　　日 |
| 　　上記のとおり、（ 業務（研究）を廃止した ・ 免許証を返納したい ）※1 ので免許証を添えて届け出ます。　　年　　月　　日 |
|  | 住　所※3 |  |  |
|  |  | 〒 |  |
|  | 届出義務者続柄 | 本人　・　相続人等　　(該当に○をつける)　　 |  |
|  |  |  |  |
|  | ふりがな氏　名※3 |  |  |
| 千葉県知事　様 |

(注意事項)

※1（ ）内の該当する免許の種類、届出内容に○を付けてください。

※2 業務（研究）廃止届

…免許証の有効期間内において、異動や退職等により麻薬業務（研究）を廃止する場合

免許証返納届

…有効期間が満了した免許証を返納する場合や、免許取消し処分により免許証を返納する場合

※3 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。

別記様式４－１（第３条、第４条関係）記載例

**該当する免許・届出の種類に○を付けてください。**

**業務（研究）廃止**

**免 許 証 返 納**

**施　 用**

**管　 理**

**研 　究**

**麻薬　　　　　　　者　　　　　　　　　　届※1,2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | 医第○○○号 | 免許年月日(有効期間の始期) | 令和４年１月１日 |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 〒○○○－○○○○千葉県千葉市中央区○○町○-○ |
| 名　称 | 医療法人社団○○会　○○病院Tel ○○○（○○○）○○○○ |
| 氏　　　名 | ○○　○○○ |
| 業務（研究）廃止又は免許証返納の事由 | 退職のため**該当する届出の内容に○を付けてください。** |
| 上記事由の年月日 | 令和４年３月３１日 |
| 　　上記のとおり、（ 業務（研究）を廃止した ・ 免許証を返納したい ）※1 ので免許証を添えて届け出ます。令和○年○月○日 |
|  | 住　所※3 |  |  |
|  |  | 〒○○○-○○○○千葉県千葉市美浜区○町○○ |  |
|  | 届出義務者続柄 | 本人　・　相続人等　　(該当に○をつける)　　 |  |
|  |  |  |  |
|  | ふりがな氏　名※3 | 　**届出する麻薬施用者・麻薬管理者・麻薬研究者個人の住所、氏名を記載してください。****本人死亡の場合は、「相続人等」に〇をつけること。** |  |
| 千葉県知事　様 |

(注意事項)

※1（ ）内の該当する免許の種類、届出内容に○を付けてください。

※2 業務（研究）廃止届

…免許証の有効期間内において、異動や退職等により麻薬業務（研究）を廃止する場合

免許証返納届

…有効期間が満了した免許証を返納する場合や、免許取消し処分により免許証を返納する場合

※3 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。