

**免許の失効時所有麻薬届  
所有麻薬届記載例**

**免許の失効時所有麻薬届**

品名	数量		数量
リン酸コデイン散	38g		
塩酸モルヒネ錠	46錠		

在庫が無い場合は、「在庫なし」と記載すること。

免許失効の事由  
及び年月日

(免許失効の理由) 麻薬業務を廃止したため

平成20年 3月31日

麻薬取扱者免許証に記載された麻薬業務所の所在地と名称を記載すること。

上記第○条の規定により届け出ます。

平成20年 4月10日

所在地 千葉県千葉市中央区南場町◇-×-○

麻薬業務所

名称 医療法人社団△△会○○病院

住

麻薬診療施設の開設者が届出者となるので、その所在地と名称を記載し、代表者印を押印すること。

(所在地)

千葉県千葉市中央区市場町◇-×-○

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者名)

医療法人社団△△会○○病院

理事長 千葉 光子 印

千葉県知事 ○○ ○○ 様