



所有麻薬届

品名	数量	品名	数量
オキシコドン錠 5mg	錠		
デュロテップ M T/P ツチ 2.1mg	枚		
届出の発生事由及び発生年月日	麻薬業務所を廃止したため 平成 年 月 日		

なければ「なし」の旨、記載すること

事由を具体的に記入ください。
例) ・麻薬業務所を廃止したため
・法人化による廃止 等

上記のとおり届け出ます。

届出日を記入ください。麻薬業務所でなくなつてから15日以内に届け出て下さい。

平成 年 月 日

麻薬業務廃止時に麻薬を所有している場合は、麻薬廃棄届もしくは麻薬譲渡届(譲受人は麻薬譲受届)が必要です。(期限切れの麻薬を廃棄する場合にも麻薬廃棄届が必要です。)

届出義務者

【病院、診療所】医療法における病院開設許可申請書、診療所開設届に記載の開設者。
【卸売業者及び小売業者】薬事法における医薬品販売業許可申請、又は薬局開設許可申請に記載の開設者。
【研究者】麻薬研究施設の開設者。

所在地 松江市 町 -
麻薬業務所 名称 松江 病院
住所 松江市 町 -
届出義務者 氏名(又は名称) 松江 太郎

続柄(開設者)

開設者が 個人の場合は自宅住所と個人名を記載の上、個人印を押印すること 法人の場合は登記された法人住所、法人名及び代表者名を記載の上、登記された代表者印を押印すること。
開設者が死亡し、又は法人が解散した場合は、相続人、清算人、破産管財人等の届出義務者の、氏名、住所又は、法人住所、法人名及び代表者名を記載し押印すること。

島根県知事 溝口 善兵衛 殿