

該当する免許の種別を記入してください。

麻薬所有届

免許の有効期間の始期年月日を記入してください。

免許証の番号	第 4-118 号	免許年月日	令和2年 1月 1日
免許の種類	麻薬 管理者	氏名	東京 薬美
麻薬業務所	所在地	東京都新宿区西新宿2-8-1 都庁第一本庁舎30階	
	名称	都庁病院	
現に所有する麻薬	品名	数量	
	MSコンチン 10mg	180T	
	塩酸モルヒネ注射液 50mg	26A	
	リン酸コデイン10倍散	40g	
	以下余白		
届出事由及びその年月日	取扱不用、診療所廃止、診療所移転、開設者変更、死亡、その他（ 令和 2年 3月 31日		
処理の方法	任意提出（廃棄）、譲渡、その他（		
<p>麻薬及び向精神薬取締法第36条第1項及び第4項の規定により、上記のとおり麻薬の所有量を届け出ます。</p> <p>令和 2年 4月 3日</p> <p>住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 東京都新宿区西新宿2-8-1 都庁第一本庁舎30階</p> <p>届出義務者続柄 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。</p> <p>氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名） 薬事 一郎</p> <p>東京都知事 殿 東京都保健所長 殿</p> <p>個人開設の場合は個人名・住所、法人開設の場合は代表者名・所在地を記入ください。 ※押印不要</p>			
※ 麻薬帳簿を持参してください。		連絡先電話番号	03 (5321) 1111

開設者の届出

(注) 開設者が国、地方公共団体、大学病院又は医療法人の場合は、当該麻薬診療施設の長の職名、氏名によっても差し支えありません。