

在 庫 麻 薬 届				
令和 3 年 1 月 6 日				
愛媛県知事 ○○ ○○ 様				
届出義務者 住 所 松山市三番町 8 丁目 2 3 4 氏名又は名称 愛媛 太郎				
麻薬診療施設で麻薬管理者が設置されている施設は麻薬管理者を、麻薬施用者が 1 名で麻薬管理者を設置していない施設はその方の免許証により記載してください。 (免許年月日は免許証下部「有効期間」の開始日を記載してください。)				
氏 名 (法人にあっては名称)	愛媛 太郎	麻薬業務所の所在地・名称	松山市一番町 4 丁目 4 - 2 えひめ○△病院	
免 許 の 種 類	麻薬施用者	免許証番号 免許年月日	2 第 × × × × 号 令和 2 年 1 月 1 日	
麻 薬 業 務 所 廃 止 年 月 日	令和 2 年 12 月 31 日			
在 庫 麻 薬	品 名	容 器		購入年月日 製 品 番 号
		容 量	数	
	MS コンチン錠 30mg	100 錠	55 錠	令和元年 12 月 3 日 U1-234567
	塩酸モルヒネ注	1 A × 10	5 A	平成 31 年 3 月 21 日 S2-345678
処 置	(1) 他の麻薬業務所への譲渡 (2) 廃棄 (3) 新麻薬業務所への携行 (4) 国への譲渡			

病院等の開設者の住所氏名を記載してください。

麻薬診療施設で麻薬管理者が設置されている施設は麻薬管理者を、麻薬施用者が 1 名で麻薬管理者を設置していない施設はその方の免許証により記載してください。
(免許年月日は免許証下部「有効期間」の開始日を記載してください。)

在庫麻薬がない場合でも「該当なし」として届出してください。

該当する処置を囲ってください。
(1)、(3) の場合は在庫麻薬譲渡届の、
(2) の場合は麻薬廃棄届の手続きを定められた期日までに行ってください。
(4) の場合は別途お知らせします。