



## 麻薬所有届

免許証の番号	第 号	免許年月日	平成 年 月 日
免許の種類	麻薬 者	氏 名	
麻薬業務所	所在地	東京都	
	名称		
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（ 年 月 日）		
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、下記のとおり麻薬の所有量を届け出ます。			
記			
所有麻薬は、ありません。			
年 月 日			
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）			
届出義務者続柄			
氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）			
⑩			
東京都知事 殿 東京都保健所長 殿			

※ 麻薬帳簿を持参してください。

連絡先電話番号	( )
---------	-----

(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、押印によっても差し支えありません。