



該当する免許の種類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	平成30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21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 () 2019年 3月 31日		
処理の方法	任意提出(廃棄)、譲渡、その他 ()		

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。

2019年 4月 3日

窓口に届け出る年月日を記入してください。
届出事由該当後15日以内

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21階

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。

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

薬事 一郎



東京都知事 殿
東京都保健所長 殿

個人開設の場合は個人印、法人開設の場合は代表者の登記印を押してください。

※ 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、押印によっても差し支えありません。