

残余麻薬譲渡届

〇〇年〇〇月〇〇日

佐賀県知事 様

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

佐賀市城内1-〇-〇〇

届出義務者続柄

氏名 (法人にあつては、名称)

有限会社 薬務課薬局  
代表取締役 薬務太郎

譲渡する者の住所、氏名を記入すること。



麻薬及び向精神薬取締法第36条第3項の規定により、次のとおり届け出ます。

譲渡者	麻薬取扱者	免許の種類	麻薬 小売業者		
		免許番号	第 〇〇〇〇〇〇 号		
		氏名 (法人にあつては、名称)	有限会社 薬務課薬局 〇〇〇〇		
		麻薬業務所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 佐賀市城内1-〇-〇〇	
			名称	薬務課薬局	
		業務 (研究) の廃止又は免許の失効年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
		残余麻薬届出年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
譲受者	麻薬営業者、麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者	住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	〒〇〇〇-〇〇〇〇 佐賀市駅前中央2-〇-〇〇		
		氏名 (法人にあつては、名称)	株式会社 県庁調剤 代表取締役 △△△△		
	麻薬取扱者	免許の種類	麻薬 小売業者		
		免許番号	第 〇〇〇〇〇〇 号		
		氏名 (法人にあつては、名称)	株式会社 県庁調剤		
麻薬業務所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 佐賀市駅前中央2-〇-〇〇			
	名称	県庁調剤			
譲渡年月日		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			
譲渡した麻薬の品名及び数量	品名	数量	備考		
	オキシコンチン錠 10mg	20錠			
	フェントステープ 2mg	4枚			
	以下、余白				

譲り受ける者の住所、氏名を記



備考 この様式は、九州各県（沖縄県を除く。以下同じ。）の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。