

所有麻薬届

品名	数量	品名	数量
オキノーム散5mg	15包		
オキノーム散 10mg	3包		
オキシコンチン TR錠 10mg	20錠		
モルヒネ塩酸塩注射液 10mg	2管		
届出の発生事由及び発生年月日	麻薬業務所を廃止したため。 令和〇年〇〇月〇〇日		
麻薬及び向精神薬取締法第36条第1項の規定による 令和〇〇年〇〇月〇〇日			
<p>麻薬業務所でなくなつてから15日以内に届け出てください。</p> <p>所在地 島根県松江市〇〇町〇〇番地</p> <p>麻薬業務所 名称 松江〇〇診療所</p> <p>住所（法人にあつては主たる事務所） 島根県松江市〇〇町××-×</p> <p>届出義務者 氏名（法人にあつては名称） 島根 太郎</p> <p>続柄（本人）</p> <p>島根県知事様</p>			

所有している麻薬を品名別にすべて記入してください。麻薬を所有していない場合は、「所有なし」と記入してください。

事由を具体的に記入してください。

- ・法人化による廃止
- ・診療所で麻薬を施用しなくなったため など

麻薬業務廃止時に麻薬を所有している場合は、麻薬廃棄もしくは麻薬譲渡の手続きが必要です。（期限切れの麻薬を廃棄する場合にも麻薬廃棄届が必要です。）

届出義務者

【病院、診療所】医療法における病院開設許可申請書、診療所開設届に記載の開設者。

【卸売業者及び小売業者】薬機法における医薬品販売業許可申請、又は薬局開設許可申請に記載の開設者。

【研究者】麻薬研究施設の開設者。

届出義務者が①個人の場合は自宅住所と個人名を記載②法人の場合は登記された法人住所、法人名を記載してください。

開設者が死亡し、又は法人が解散した場合は、相続人、清算人、破産管財人等の届出義務者の、氏名、住所又は、法人住所、法人名を記載してください。