

免許失効による所有麻薬届

年 月 × × 日

北海道知事 様

届出義務者氏名 株式会社 薬局
代表取締役 田 男

次のとおり免許失効による所有麻薬について届け出ます。

免許種別	麻薬小売業者	免許 番号	第 号	免許 年月日	平成 年 月 日
業務所所在地及び 名称又は氏名	市 条 丁目 - 薬局 × × 店				
免許失効の事由 及びその年月日	薬局を廃止したため 年 × × 月 × × 日				
麻薬を管理して いた者の氏名等	免許 種別		免許 番号		氏名
所有麻薬の 品名及び数量	リン酸コデイン 10倍散 27g				
所有麻薬の 措置及び方法	市 × × 条 丁目 × - × 薬局 店へ譲渡の予定				

麻薬免許証の免許年月日
(有効期間の始期)を記載

麻薬を管理していた者の
氏名等の欄は記載しない
こと