

第3号様式 (第4条関係)

記載例

麻薬業務廃止後、50日以内に  
高知県内の麻薬営業者(麻薬卸売業者等)、麻薬診療施設の開設者又は  
麻薬研究施設の設置者へ麻薬を譲り渡した場合に提出が必要です。

免許失効等による麻薬譲渡届

令和〇〇年〇〇月〇〇日

高知県知事 様

届出を行う年月日(麻薬譲渡後  
15日以内に提出してください。)

開設者の届出

届出者 住所

(法人にあっては、主  
たる事務所の所在地)

高知市丸ノ内〇丁目〇番〇号

法人の場合は、登記された代表  
者の印鑑を押印してください。

氏名

(法人にあっては、主  
たる事務所の所在地)

株式会社 県庁調剤薬局  
代表取締役 県庁 太郎 印

電話番号

088-8xx-〇〇〇〇

届出者義務者との続柄

麻薬を譲り渡したので、麻薬及び向精神薬取締法第36条第3項  
第36条第4項において準用する同条第3項  
の規定により次のとおり届け出ます。  
麻薬免許証の有効期間開始日を記載してください。

免許証の番号	第〇〇〇〇〇号	免許年月日	令和△△年1月1日
免許の種類	麻薬小売業者	業務廃止年月日	令和〇〇年△△月△△日
麻薬業務所	所在地	高知市丸ノ内□丁目□番□号	
	名称	〇〇薬局 〇〇店	
氏名(法人にあっては、 名称)	株式会社 県庁調剤薬局	譲渡年月日	令和〇〇年□□月□□日

譲渡を行った日

譲渡麻薬	品名	数量	購入年月日	製造番号
	オキノーム散 2.5mg	90包	令和xx年xx月xx日	xxx-xxxx
	フェントステープ 2mg	18枚	令和◇◇年◇◇月◇◇日	◇◇◇-◇◇◇◇

譲受人	免許証の番号	第△△△△△号	免許の種類	麻薬小売業者
譲受人	麻薬業務所 所在地	高知市大橋通△丁目△番△号		
	名称	△△薬局		
譲受人	氏名(法人にあっては、 名称)	高知 次郎		

譲渡の理由 麻薬小売業を廃止したため。

譲渡人の麻薬免許証

譲受人の麻薬免許証

品名欄は規格「J」に正確に記載し、  
数量欄は単位も記載してください。

主 「届出者義務者との続柄」欄は、麻薬及び向精神薬取締法第36条第4項において準用する同条  
第3項の規定により届出をするときに、麻薬営業者等との続柄を記入してください。