

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

氏名

法人にあっては、名称
及び代表者の職・氏名

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。

高知 桜子 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	麻薬施用者	業務廃止年月日	令和〇〇年△△月△△日
麻薬業務所	所在地	高知市丸ノ内〇丁目〇番〇号	
	名称	〇〇診療所	
氏名(法人にあっては、名称)	高知 桜子	譲渡年月日	令和〇〇年□□月□□日
譲渡麻薬	品名	数量	購入年月日
	モルヒネ塩酸塩注射液 10mg/1mL	10A	令和××年××月××日
			製造番号 ××-×××
譲受人	免許証の番号	第△△△△△号	免許の種類
	麻薬業務所	所在地	高知市大橋通△丁目△番△号
		名称	△△診療所
	氏名(法人にあっては、名称)	土佐 梅子	
譲渡の理由	麻薬診療施設でなくなったため。		

譲渡人の麻薬免許証

譲受人の麻薬免許証

品名欄は規格(JAN)に正確に記載し、
数量欄は単位を記載しなくてはなりません。

注 「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。