

在 庫 麻 薬 届

令和〇年〇月〇日

山口県知事 様

麻薬業務所 所在地 〇〇市××町一丁目1番1号

名 称 〇〇病院

届 出 者 住 所 〇〇市××町一丁目1番1号

氏 名 医療法人〇〇会〇〇病院
理事長 山口 太郎

※開設者が個人の場合は、開設者
個人の住所、氏名を記入

該当するものに○

麻薬営業者の免許が効力を失った

下記のとおり 麻薬診療施設が麻薬診療施設 でなくなったので、

麻薬研究施設が麻薬研究施設

麻薬及び向精神薬取締法 第36条第1項 の
第36条第4項において準用する同条第1項
規定により届け出ます。

	品 名	容器の容量	数 量	備 考
在庫麻薬	〇〇錠5mg		10錠	
	□□テープ10mg		10枚	
	××アンプル10mg	1mL	5A	

(注1) 届出時に在庫麻薬がない場合は、品名欄に「在庫なし」と記入すること。