

麻薬業務所を移転したとき、開設者を変更したとき、麻薬の取扱いを中止したときには、所有麻薬の数量を届出てください。（在庫がない場合も含む。）

所有麻薬届（平成〇〇年〇〇月〇〇日現在）

麻薬業務廃止日

平成〇〇年〇〇月〇〇日

高知県知事 **尾崎 正直** 様

届出を行う年月日（必ず麻薬業務廃止後**15日以内**に提出すること。）

麻薬診療施設等の開設者の届出

届出者 住 所

（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

**高知市丸ノ内1丁目2番20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

（法人にあつては、名称）

**医療法人高知会 県庁病院  
理事長 桂浜 太郎 印**

電話番号

**088-8××-〇〇〇〇**

届出義務者との続柄

第36条第1項

麻薬及び向精神薬取締法

において準用する同条第1項の規程に

第36条第4項

より所有する麻薬の品名及び数量について次のとおり届け出ます。

品

名（号）

在庫がない場合は「在庫なし」と記載すること。

量

**オキシコンチン錠5mg**

**180錠**

**フェンタニル注射液**

**10アンプル**

**フェントステール2mg**

**18枚**

処理の方法

**廃棄**

注 「届出義務者との続柄」欄には、麻薬取締法第1項の規定により届出をするときに、麻

処理方法を具体的に記入ください。

- ・廃棄  
（廃棄する場合は、麻薬廃棄届を提出し、県職員立会の下、廃棄するようにしてください。）
- ・高知市〇〇××-〇〇病院へ譲渡

第