

様式第 1 号

残 余 麻 薬 届

年 月 日

福岡県知事

殿

住 所 { 法人にあっては、主たる
事務所の所在地 }

届出義務者続柄

氏 名 (法人にあっては、名称)

麻薬及び向精神薬取締法第 36 条第 1 項の規定により、次のとおり届け出ます。

麻薬取扱者	免許の種類		
	免許番号		
	氏 名 (法人にあっては、名称)		
	麻薬業務所	所在地	
名 称			
業務(研究)の廃止又は免許の失効年月日		年 月 日	
届出の理由		<input type="checkbox"/> 業務廃止 <input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> 法人化 <input type="checkbox"/> その他 ()	
残余麻薬の品名及び数量	品 名	数 量	備 考
残余麻薬の処置		1 麻薬営業者、麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者に譲渡し、残余麻薬譲渡届を提出する予定 2 麻薬廃棄届を提出し、廃棄する予定 3 その他 (具体的に記入すること。)	

備考 この様式は、九州各県(沖縄県を除く。以下同じ。)の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。