

様式第 2 号

残 余 麻 薬 譲 渡 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 3 項の規定により、次のとおり届け出ます。

譲 渡 者	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
残余麻薬届出年月日		年 月 日		
譲 受 者	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	住所 { 法人にあっては、主たる 事務所の所在地 }		
		氏名 (法人にあっては、名称)		
	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	
	譲 渡 年 月 日		年 月 日	
譲渡した麻薬の品名及び数量	品 名		数 量	備 考

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。