細則様式第８号（第９条関係）

届出の提出日を記載すること。

麻薬譲渡届

**●年　●月　●日**

宮城県知事　村井　嘉浩　殿

**変更前の開設者を記載すること。**

押印は省略可。

**変更前の麻薬業務所を記載すること。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 麻薬業務所 | 所在地 | **仙台市青葉区本町３－８－１　県庁ビル１階** | |
| 名称 | **宮城県庁病院** | |
| 届出義務者 | 住所 | **仙台市青葉区国分町３丁目**  **７番１号** | |
| 氏名 | **宮城　太郎** | |
| （麻薬営業者等との関係： | | | **本人**） |

**●年　●月　●日**付けで届け出た所有麻薬について，下記のとおり譲渡したので麻薬及び向精神薬取締法第３６条第３項(第４項において準用する場合を含む｡)の規定により届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 譲渡先 | 麻薬業務所所在地 | | **仙台市泉区●●３－２－１**  **変更後の麻薬業務所**  **又は麻薬を譲渡した業務所**  の所在地及び名称を記載すること。 | | | | | | | |
| 麻薬業務所名称 | | **クリニック薬務課** | | | | | | | |
| 住所 | | **仙台市青葉区○○１－２－３**  **変更後の開設者**  **又は麻薬を譲渡した業務所**  の住所及び氏名を記載すること。  有効期間の開始日 | | | | | | | |
| 氏名 | | **医療法人ミヤギケン** | | | | | | | |
| 麻薬取扱者免許の種類 | **麻薬施用者** | | 免許  番号 | **第○○○○号** | | | 免許  年月日 | **●年　●月　●日** | |
| 麻薬取扱者氏名  **変更後又は麻薬を譲渡した麻薬管理者（麻薬施用者が１名の場合は麻薬施用者）の免許について記載すること。** | **青葉　次郎** | | | | | 譲渡年月日 | **●年　●月　●日**  免許証の有効期間開始年月日を記載すること。 | | |
| 品名 | | | 容　　　　　器 | | | | | 数量 | | 備考  麻薬を譲渡した日を記載すること。 |
| 容量 | | | 数 | |
| **オキファスト注１０㎎** | | | **１０Ａ** | | | **５Ａ** | | **４３Ａ** | |  |
| **フェントステープ１㎎** | | | **７枚** | | | **３枚** | | **２０枚** | |  |
| **コデインリン酸塩散** | | | **１００g** | | | **２g** | | **１７５g** | |  |
| **以下余白** | | |  | | |  | | 記載しきれない場合は，別紙を作成し，「別紙のとおり」と記載すること。 | |  |

（注）1　用紙の大きさは，A4とすること。

2　死亡，解散の場合には，その相続人，財産管理人などが届出義務者である。

連絡(担当)者名　　**宮城　花子**　　　　　　　連絡先ＴＥＬ　**０００(０００)００００**

廃止後，平日8:30～17:15に連絡の取れる番号を記載すること。