

## 書類の説明

### 《内容説明》

- ・ 麻薬取扱者免許の失効等により麻薬を他の麻薬取扱者に譲渡した場合

### 《提出書類》

- ・ 残余麻薬譲渡届

### 《留意事項》

- ・ 麻薬取扱者の免許の失効等により所有麻薬を他の麻薬取扱者に譲り渡した者は、その譲渡の日から15日以内に譲渡した麻薬の品名及び数量、譲渡の年月日並びに譲受人の氏名又は名称及び住所を届け出る必要があります。
- ・ 免許が失効してから50日以内に譲渡してください。
- ・ 譲渡先は県内の麻薬取扱者に限ります。
- ・ 届出義務者は、免許失効に伴う残余麻薬を譲渡した者です。

# 【記載例】

## 残余麻薬譲渡届

長崎県知事

開設者が死亡・解散した場合は相続人・清算人等の届出となります。  
その場合は届出義務者続柄も記入してください。

住所 ○○市○○町○○○

届出義務者続柄

氏名（法人にあつては、名称）

医療法人○○会 ○○病院 理事長 ○○○○

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

押印は不要です。

譲渡者	麻薬取扱者	免許の種類	麻薬管理者			
		免許番号	第○○○○○○号			
		氏名 (法人にあつては、名称)	長崎 太郎			
		麻薬業務所	所在地	○○市○○町○○○		
			名称	○○病院		
		業務(研究)の廃止または免許の失効年月日	令和○○年○○月○○日			
		残余麻薬届出年月日	令和○○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(法人にあつては、主たる事務所の所在地)	□□市□□町□□□			
		氏名(法人にあつては、名称)	医療法人○○ □□診療所 理事長 □□ □□			
	麻薬取扱者	免許の種類				
		免許番号	第○○○○○○号			
		氏名 (法人にあつては、名称)	大村 花子			
		麻薬業務所	所在地	□□市□□町□□□		
			名称	□□診療所		
譲渡年月日		令和○○年○○月○○日				
譲渡麻薬の品名および数量	品名	数量	備考			
	MS コンチン 10mg	100T				
	モルヒネ塩酸塩注射液 10mg	10A				
	(以下余白)					
譲渡麻薬の種類が多い場合は、「別紙のとおり」と記載し別紙一覧表を添付してください。						

(注意) 届出者は、麻薬業務所の開設者(設置者)となること。

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。