第３号様式

残　　余　　麻　　薬　　届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  　　　　　品　　　　　　　名 |  　単　　　位 |  　　数　　　　量 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 　上記のとおり、現に所有する麻薬の品名及び数量を届け出ます。

 　　　　　　　年　　　月　　　日

 　　　　　　　　　麻薬業務所所在地

　　　　　　　　　　麻薬業務所名称

 住　　所（法人にあっては、主たる事業所の所在地）

 届出義務者続柄

 氏　　名（法人にあっては、名称）

（宛先）

 　埼玉県　　　　　保健所長

　（注意）

 １．　この届出は、麻薬営業業者・診療施設・研究施設でなくなった場合に提出する　　　　こと。

　　２．　単位は、「ｇ」「Ａ」「ｍｌ」「Ｔ」を使用すること。

　　３．　残余麻薬がない場合は、斜線をひいて「該当なし」と記載すること。

　　４．　残余麻薬がある場合は、５０日以内に処理を行うこと。

残余麻薬の処理予定

１．麻薬廃棄届（事前）を提出して廃棄する予定である。

２．他の麻薬診療施設の開設者、麻薬研究施設の設置者又は麻薬営業者へ譲渡する予定である。