

年 月 日

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			
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			☐ 業務廃止 ☐ 移転 ☐ 法人化 ☐ その他（ ）
残余麻薬の品名及び数量	品 名		数 量
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。