

記載例（医療機関）

麻 薬 譲 受 証

発行日

令和 ○年 ○月 ○日

| | | | | | |
|---|------------|--|---|-----------|------|
| 譲受人の免許証の番号 | | 第 | 号 | 譲受人の免許の種類 | |
| 譲受人の氏名（法人にあつては、名称） | | （個人開設の場合）○○○○（開設者名） （法人開設の場合） 医療法人○○会 理事長 ○○○○ （地方公共団体等開設の場合） 山口県立○○病院 院長 ○○○○ | | | |
| 譲受人が麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の場合は、当該施設において麻薬を管理する麻薬管理者、麻薬施用者、麻薬研究者 | | 免許証の番号 | （管理者がいる場合） 第 22 山 D ● ● ● 号 管理 （管理者がいない場合） 第 22 A ● ● ● ● 号 施用 又は 第 22 山 C ● ● ● 号 研究 | 氏名 | □□□□ |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 山口県○○市××町1番1号 | | | |
| | 名称 | 医療法人○○会××病院 | | | |
| 品名 | 容量 | 筒数 | 数量 | 備考 | |
| オプソ内服液 5mg | 20包 | 2 | 40包 | ××-●● | |
| フェンタニル注射液 0.1mg 「○○」 | 10A | 3 | 30A | ◎-△△△△ | |
| | | | | | |
| | | | | | |

印

個人印

（個人）開設者の個人印
（法人）代表者印又は専用印
（地方公共団体等）公印等又は専用印

製造番号

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。

記載例（薬局）

麻 薬 譲 受 証

発行日

令和 ○年 ○月 ○日

| | | | | | |
|---|------|---|-----------|-------|--------|
| 譲受人の免許証の番号 | | 第22岩○○○号 | 譲受人の免許の種類 | | 麻薬小売業者 |
| 譲受人の氏名（法人にあつては、名称） | | (個人開設の場合) ○○○○（開設者名） (法人開設の場合) 株式会社□□ 代表取締役 ○○○○ | | | |
| 譲受人が麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の場合は、当該施設において麻薬を管理する麻薬管理者、麻薬施用者、麻薬研究者 | | 免許証の番号 | 氏名 | | 印 |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 山口県○○市××町1番1号 | | | |
| | 名称 | ××薬局 | | | |
| 品名 | 容量 | 筒数 | 数量 | 備考 | |
| オプソ内服液 5mg | 20包 | 2 | 40包 | ××-●● | |
| オキシコンチン TR錠 5mg | 100錠 | 3 | 300錠 | ◆-△△ | |
| | | | | | |
| | | | | | |

(個人) 開設者の個人印
(法人) 代表者印又は麻薬専用印

製造番号

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。