（様式第10号）

残　余　麻　薬　譲　渡　届

年　　　月　　　日

熊本県知事　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

届出義務者続柄

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

麻薬及び向精神薬取締法第36条第3項の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 譲渡者 | 麻薬取扱者 | 免許の種類 | | | |  | | |
| 免許番号 | | | |  | | |
| 氏　　名  （法人にあっては、名称及び代表者の氏名） | | | |  | | |
| 麻薬業務所 | 所在地 | | |  | | |
| 名　称 | | |  | | |
| 業務(研究)の廃止または免許の  失効年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 残余麻薬届出年月日 | | | | 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  法人にあっては、主たる事務所の所在地 |  | | |
| 氏　　名  （法人にあっては、名称及び代表者の氏名） |  | | |
| 麻薬取扱者 | 免許の種類 | | | |  | | |
| 免許番号 | | | |  | | |
| 氏　　名  （法人にあっては、名称及び代表者の氏名） | | | |  | | |
| 麻薬業務所 | | 所在地 | |  | | |
| 名　称 | |  | | |
| 譲　渡　年　月　日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 譲渡した麻薬の品名及び数量 | 品　　名 | | | | | | 数　　量 | 備　　考 |
|  | | | | | |  |  |
|  | | | | | |  |  |
|  | | | | | |  |  |
|  | | | | | |  |  |
|  | | | | | |  |  |

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。