

令和 8 年 麻 薬 小 売 業 者 の 届

令和8年 月 日

墨 田 区 保 健 所 長 あ て

免 許 証 の 番 号 : 墨福衛生薬第 号

開 設 者 氏 名 :  
(法人にあつては、名称)

麻薬業務所の所在地 : 東京都墨田区

麻薬業務所の名 称 : 電話

| 品 目 | 単位 | 令和 7 年10月1日 | 令和 7 年 10 月 1 日から令和 8 年 |             | 令和 8 年 9 月 3 0 日 | 備 考 |
|-----|----|-------------|-------------------------|-------------|------------------|-----|
|     |    | 現在麻薬所有数量    | 譲 受 麻 薬 数 量             | 譲 渡 麻 薬 数 量 | 現在麻薬所有数量         |     |
|     |    |             |                         |             |                  |     |
|     |    |             |                         |             |                  |     |
|     |    |             |                         |             |                  |     |
|     |    |             |                         |             |                  |     |
|     |    |             |                         |             |                  |     |
|     |    |             |                         |             |                  |     |
|     |    |             |                         |             |                  |     |
|     |    |             |                         |             |                  |     |
|     |    |             |                         |             |                  |     |
|     |    |             |                         |             |                  |     |
|     |    |             |                         |             |                  |     |
|     |    |             |                         |             |                  |     |
|     |    |             |                         |             |                  |     |
|     |    |             |                         |             |                  |     |

記載する前に、以下の注意をお読みください。なお、御不明な点がございましたら、管轄の保健所までお問い合わせください。

【注意】

- ① 「品名」欄は略名を使用せず、原末等から倍散、倍液を調整した時は、剤形・規格別に記載してください。
- ② 「単位」は、次の例を参考に、数量の特定が可能なものを記載してください。  
例：原末・散剤…g,mg 錠剤…錠,T カプセル剤…cap 分包装剤…包 坐剤…個 貼付剤…枚 バッカル錠…本,個  
チンキ剤・液剤…mL 注射剤(アンプル)…A 注射剤(シリンジ)…本 注射剤(バイアル)…V,mL
- ③ 「備考」欄は、(ア)「麻薬廃棄届」により処理した数量、(イ)「麻薬事故届」により届出した麻薬の数量、(ウ)その他(帳簿訂正により訂正した数量など)について記載してください。
- ④ 該当期間中に麻薬を所有しなかった場合も、「所有なし」と記載して届け出てください。
- ⑤ 記載欄が足りない場合は、この用紙を複写して御使用ください。
- ⑥ 必要事項を記入の上、写しをとって「控え」として保管してください。
- ⑦ 提出した年間届に誤りを発見した場合、訂正の必要がありますので、「麻薬小売業者の届(年間届)訂正願」により届け出てください。
- ⑧ 提出期間は、毎年 10 月 1 日から 11 月 30 日までです。それ以前の提出は受け付けできませんので御注意ください。

【提出先】 所在地：〒130-8628 東京都墨田区横川五丁目 7 番 4 号  
名 称：墨田区保健所 生活衛生課 生活環境係 電話番号 03-5608-6939