令　和　７　年　麻　薬　小　売　業　者　の　届

令和７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　：

（法人にあっては、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6年10月1日現在麻薬所有数量 | 令和6年10月1日から令和7年9月30日までの譲受及び譲渡麻薬 | 令和７年９月３０日現在麻薬所有数量 | 備　 　考 |
| 譲受麻薬数量 | 譲渡麻薬数量 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

記載する前に、以下の注意をお読みください。なお、御不明な点がありましたら、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　分包製剤…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

1. 「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。

1. 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。
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 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。

[お問合せ先]　墨田区保健所　生活衛生課　生活環境係　　　電話番号　03-5608-6939