

別記第 16 号様式 (第 12 条関係)

麻 薬 譲 受 証					
○年 ○月 ○日					
譲受人の免許証の番号		譲受人の免許の種類			
譲受人の氏名 (法人にあっては、名称)		<p>【開設者が法人の場合】 医療法人福岡県庁 理事長 県庁 花子 代表者印 又は 麻薬専用印 (印)</p> <p>【開設者が個人の場合】 福岡 太郎 福 岡</p>			
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	第○○○○○○○号	氏名	福岡 太郎 福 岡
麻薬業務所又は大麻草栽培者が大麻を業務上取り扱う事務所	所在地	福岡県福岡市博多区東公園 7-7			
	名称	福岡県庁薬務課クリニック			
品名	容量	筒数	数量	備考	
オキシコンチン TR 錠 20mg	PTP 100 錠	3	300 錠		
オキシコンチン TR 錠 40mg	PTP 20 錠	1	40 錠		
フェントステープ 1mg	1mg × 7 枚	2	14 枚		
ペチジン塩酸塩注射液 35mg	1ml × 10A	1	10 A		

(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。