


(別紙様式 4)

麻 薬 譲 渡 確 認 書		令和●●年 ●●月 ●●日		
麻薬を譲渡する麻薬小売業者の麻薬業務所	所在地	福岡県○○市△△ △丁目△番△号		
	名称	▲▲薬局 ▲▲店		
麻薬を譲受する麻薬小売業者の麻薬業務所	所在地	福岡県○○市○○ ○丁目○番○号		
	名称	●●薬局 ●●店		
品名	容量	筒数	数量	備考
○○錠 Xmg	100錠/1箱	1箱	100錠	施行規則第9条の2 第1項第1号ロで譲渡 製品番号：A0000 使用期限：2025.12.31 最終受払日：2024.12.1
/				
/				

(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。
- 3 麻薬を譲渡する麻薬小売業者の印については、麻薬専用印若しくは薬局開設印とすること。
- 4 備考に麻薬及び向精神薬取締法施行規則第9条の2第1項第1号のイ、ロどちらに該当する譲渡であるか記載すること。
- 5 備考に製品番号を記載すること。