

麻 薬 引 継 確 認 書

年 月 日

麻薬診療施設開設者住所

氏名

下記の麻薬引継を確認しました。

記

麻薬診療施設名称							
麻薬診療施設住所							
麻薬管理者 変更の理由							
引 継 者	麻薬免許証番号				免許の種類		
	麻薬免許年月日						
	業務廃止年月日						
	氏 名						
引 受 者	麻薬免許証番号				免許の種類		
	麻薬免許年月日						
	氏 名						
引 継 い だ 麻 薬 の 品 名 ・ 数 量	品 名	単 位	数 量	品 名	単 位	数 量	

\* 本手続きは法令等の規定は無いが、麻薬管理者を変更した場合、現有する麻薬を円滑に引継ぐとともに、適正な麻薬の管理を行う為に、提出をお願いします。