# 年間麻薬譲渡・譲受届

年　　月　　日

愛知県知事殿

麻　薬　　所在地
業務所　　名　称
免許証の　番号　　麻薬　　者　　第　　号

氏　　名
（名称および代表者の氏名）

下記のとおり　　年の麻薬の譲渡し・譲受け等について届け出ます。

| 品　　名 | 前年10月1日の在庫数量 | 受　入　数　量 | 払　出　数　量 | 本年9月30日の在庫数量 | 備　　考 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

備　考　　１　用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
　　２　リン酸コデイン等の予製剤については、本年9月30日現在の所有数量を備考欄に記載すること。