

麻 薬 譲 渡 許 可 申 請 書

譲 渡 人	免許証の番号	第 7777 号	免許年月日	令和 5 年 1 月 1 日	
	免許の種類	麻薬管理者			
	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業所	所在地	栃木県宇都宮市塙田 1-1-20		
	名称	医療法人県庁会 塙田病院			
譲り渡そうとする麻薬		品名	容量	筒数	数量
		オキシコドン塩酸塩水和物錠 (50mg)	100錠	1箱	10錠
譲 渡 先	免許証の番号	第 888 号	免許年月日	令和 4 年 1 月 1 日	
	免許の種類	麻薬研究者			
	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業所	所在地	東京都千代田区霞ヶ関 1-2-2		
	名称	みくら製薬株式会社研究室			
	氏名 (法人にあつては、名称)	みくら製薬株式会社			
譲渡しの理由		臨床試験終了に伴い、治験薬（残薬）を治験依頼者に返却するため。			
<p>上記のとおり、譲り渡したいので申請します。</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.2em; font-weight: bold;">令和6年12月12日</p> <p style="text-align: center;">住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.1em; font-weight: bold;">栃木県宇都宮市塙田1-1-20</p> <p style="text-align: center;">氏名（法人にあつては、名称）</p> <p style="text-align: center; font-size: 1.1em; font-weight: bold;">塙田病院 病院長 栃木 太郎</p> <p>関東信越厚生局長 様</p>					

譲渡する側の免許に係る事項

譲受する側の免許に係る事項

・容量は最小包装単位
・筒数は包装単位
・数量は実際の数量

開設者又は当該麻薬診療施設の長を記載すること。

(注意)
用紙の大きさは、A4とすること。