

# 麻薬譲渡許可申請書

譲渡人	免許証の番号	第 9999 号	免許年月日	令和3年4月15日	
	免許の種類	麻薬管理者			
	麻薬業務所	所在地	宇都宮市場田1-1-20		
名称		みくら病院			
譲り渡そうとする麻薬		品名	容量	筒数	数量
		硫酸モルヒネカプセル(10mg)	100T	1箱	10T
譲渡先	免許証の番号	第 8888 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	所在地	東京都千代田区霞ヶ関1-2-2		
名称		麻薬製薬株式会社 研究室			
氏名	法人にあつては名称	麻薬製薬株式会社			
譲渡しの理由		臨床試験終了に伴い、治験薬(残薬)と治験依頼者に返却するため。			
上記のとおり、麻薬を譲り渡したいので申請します。					
令和 4年 6月 3日					
住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)					
宇都宮市場田1-1-20					
氏名(法人にあつては、名称)					
みくら病院 病院長 杉木 太郎					
関東信越厚生局長 殿					

譲渡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
- ・数量は実際の麻薬の量

麻薬を受け取る側の免許に係る事項

理由は具体的に記入すること。