

別記第16号様式（第12条関係）

* 該当する免許の種類を囲んでください。

* 麻薬診療施設の場合は、記載の必要なし。

麻 薬 譲 受 証					令和4年12月3日	
譲受人の免許証の番号		第 号	譲受人の免許の種類			
譲受人の氏名（法人にあっては名称）		医療法人 ○○会 ○○医院 理事長 ○○○○ * 理事長印 → ㊟ * 法人の場合は、麻薬診療施設の長の職名・氏名・押印（若しくは麻薬専用印）でも差し支えありません。 * 個人の場合は、麻薬診療施設の開設者の氏名を記載し、押印すること。				
譲受人が麻薬診療施設の開設者又は麻薬研究施設の設置者の場合は、当該施設において麻薬を管理する 麻薬管理者 、麻薬施用者、麻薬研究者		免許証の番号	第○○-○○○○	氏 名	中○ 直○ * 個人印 → ㊟	
麻 薬 業 務 所	所 在 地	延岡市○○町1-22				
	名 称	医療法人 ○○会 ○○医院				
品 名		容 量	箇 数	数 量	備 考	
MSコンチン錠10mg		100錠	5	500錠		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 余白には、斜線を引くこと。