

令和〇年〇〇月〇〇日

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（法人にあつては、名称）		【開設者が法人の場合】 医療法人〇〇会 理事長 △△ △△			代表者印 ・ 麻薬専用印			
		【開設者が個人の場合】 〇〇 〇〇			個人印			
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	第〇〇-〇〇号	氏 名	△△ △△	個人印		
麻薬業務所	所在地	鹿児島県〇〇市〇〇町10-〇-〇						
	名称	〇〇病院						
品 名		容 量	筒 数	数 量	備 考			
オキシコンチン錠5mg		5mg×20錠	1	20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。