**麻薬年間届訂正願**

　　年麻薬年間届に、次のような誤りがありましたので訂正をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 品名 | 単位 | 期始在庫数量 | 受入数量 | 払出数量 | 廃棄数量 | 期末在庫数量 | 備考 |
| 卸売業者等からの譲受 | 患者等からの譲受 |
| 正 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 誤 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※訂正の理由を「備考」欄に記入してください。

※麻薬小売業者及び麻薬研究者において、「受入数量」を訂正する場合は、「卸売業者等からの譲受」欄に記入してください。

　　年　　月　　日

麻薬業務所の所在地

麻薬業務所の名称

（麻薬免許の種類）　麻薬　　　　者　（免許番号）　第　　　　　　号　（資格）

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

長野県知事　　殿