

麻 薬 年 間 届 (麻 薬 小 売 業 者)

令和 年 分

麻 薬 業 務 所 所 在 地

長 野 県 知 事 殿

麻 薬 業 務 所 名 称

令和 年 月 日

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

(免許証番号) 第 号 (麻薬免許の種類) 麻薬小売業者 (資格) 薬局開設 氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

品 名	単位	期始在庫数量 前年10月1日現在	受入数量 (括弧内は内 数)	払出数量 (括弧内は内 数)	廃棄数量	期末在庫数量 本年9月30日現在	備 考

(注) 麻薬年間届記入要領、記入例を参考に記入してください。

麻 薬 年 間 届 (麻 薬 小 売 業 者)

提出期間は **10月1日** から
11月30日 までです。

令和 年 分

長野県知事 殿

令和 年 月 日

麻 薬 業 務 所 所 在 地

麻 薬 業 務 所 名 称

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

(免許証番号) 第 号 (麻薬免許の種類) 麻薬小売業者 (資格) 薬局開設 氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

品 名	単 位	期始在庫数量 前年10月1日現在	受入数量 (括弧内は内 数)	払出数量 (括弧内は内 数)	廃棄数量	期末在庫数量 本年9月30日現在	備 考
オキシコンチン錠 10mg ^{注1}	T	500	200	300		400	2錠紛失 R00.0.00 麻薬事故届
オキシコンチン錠 20mg ^{注1}	T	300	130 (30) ^{注3}	250 (50) ^{注3}		180	R00.0.00 ○○薬局から30錠譲受 R00.0.00 △△薬局へ50錠譲渡
コデインリン酸塩水和物 ^{注2}	g	10	200	100	50	60	R00.0.00 50g 廃棄 R00.0.00 麻薬廃棄届
コデインリン酸塩散 10% ^{注2}	g	200	1000	1100		100	原末より調製 (予製)
アヘンチンキ ^{注2}	mL	30	0	10		19	秤量誤差による帳簿訂正 -1mL
以下余白							

注1 オキシコンチン錠等、2種類以上の規格があるものは、区別して記入してください。

注2 コデインリン酸塩水和物等の粉剤及びアヘンチンキは必ず計量して記入してください。

注3 麻薬小売業者間譲渡許可による受払は、内数を括弧書きで記入し、譲受・譲渡先を備考に記入してください。(麻薬小売業者間譲渡を行うためには、県知事の許可が必要です) 譲受・譲渡先が多く備考に記載できない場合は、別紙に記入して添付してください。(様式任意)

注4 患者等から譲り受けた数量並びに調剤済麻薬廃棄届及び麻薬事故届に伴い廃棄した数量を記入する必要はありません。

注5 麻薬の取扱いがなかった業務所については、「在庫受払なし」と記載する、斜線を引く等によりその旨を報告してください