年　麻薬小売業者の届　訂正願

　　　年　　　月　　　日

台東区台東保健所長　殿

　　　　住　　　　　所

法人にあっては主たる

事務所の所在地

氏　　　　　名

法人にあって名称

及び代表者氏名

電話番号　　　（　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　届け出たときの麻薬小売業免許証の番号　　　　　　　台台健生医や　第　　　　　　号

　先に提出した届について、下記のとおり誤りがあったので訂正をお願いいたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 麻薬業務所（薬局）の所在地 | 東京都台東区 |
| 麻薬業務所（薬局）の名称 |  |
|  | 番　号 | 品　　名 | 単　位 |  　年１０月１日所有数量 | 　　 年１０月１日から 　　 年９月３０日までの譲受及び譲渡麻薬 | 　 年９月３０日所有数量 | 備　考 |
| 譲受数量等 | 施用数量等 |
| 届け出たときの数量 | １ |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |
| 正 し い 数 量 | １ |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |

訂正理由

　１　帳簿の見誤り、見落とし

　２　計算違い

　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）