年麻薬年間受払届 訂正願

令和　　 年 　　月 　　日

群馬県知事　様

　先に提出した麻薬年間受払届について、下記のとおり誤りがあったので　　　　　　麻　薬 　　所在地

訂正をお願いいたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　業務所

　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　 名　称 　　　　　　　電話

　　　　　　（免許の種類）麻薬　　　　　者　　　（免許番号）第　　　　　号　 　 　 　　氏　名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **番**  **号** | **麻 薬 の 品 名** | **期初在庫数量**  (　　　　年１０月１日現在) | **譲　り　受　け　た　数　量**  　 （　　　　年１０月１日～　　　　年９月３０日） | | **施用し又は施用のため**  **交付した数量**  （　　　　年１０月１日～　　　　年９月３０日) | **期末在庫数量**  （　　　　年９月３０日現在） | **備　 考** |
| **卸売業者からの譲り受け**  **及び自家製剤した量** | **患者等からの譲り受け**  **(再利用で残高に加えた分)** |
| **訂**  **正**  **前** | １ |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |
| **訂**  **正**  **後** | 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）