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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）