

(卸売業者・小売業者向け)

※麻薬免許証の免許番号、
免許開始年月日を記入。

麻 薬 廃 棄 届

| | | | |
|--|--|------------------|----------|
| 免許証の番号 | 第〇〇〇号 | 免許年月日 | 令和〇年〇月〇日 |
| 免許の種類 | 麻薬小売業者 | 氏名 | 株式会社〇〇薬局 |
| 麻薬業務所 又は 麻薬の所在場所 | 所在地 | 〇〇市△△町1番1号 | |
| | 名称 | 〇〇薬局 | |
| 廃棄しようとする麻薬 | 品名 | 数量 | |
| | ①〇〇錠 5mg ②□□テープ 10mg ③△△パッチ 20mg | 10錠 10枚 5枚 | |
| 廃棄の年月日 | 令和〇年〇月△日 | | |
| 廃棄の場所 | 〇〇薬局 | | |
| 廃棄の方法 | ①溶解後、放流 ②③細断 | | |
| 廃棄の理由 | 期限切れ | | |
| <p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〇〇市〇〇町1番2号</p> <p>氏名 (法人にあつては、その名称及び代表者の氏名) 株式会社〇〇薬局 代表取締役 山口 太郎</p> <p>※開設者が個人の場合は、開設者個人の住所、氏名を記入。</p> <p>山口県知事 殿</p> | | | |

※廃棄の年月日、場所及び方法は、提出先の健康福祉センターに相談し決定すること。