

(麻薬診療施設・麻薬研究施設向け)

※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	麻薬管理者	氏名	山口太郎
麻薬業務所 又は 麻薬の所在場所	所在地	〇〇市××町一丁目1番1号	
	名称	〇〇病院	
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	〇〇病院 薬剤部		
廃棄の方法	①溶解後、放流 ②③細断		
廃棄の理由	期限切れ		
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。			
令和〇年〇月〇日			
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〇〇市××町一丁目1番1号			
氏名 (法人にあつては、その名称及び代表者の氏名) 医療法人〇〇会〇〇病院 理事長 山口 太郎			
※開設者が個人の場合は、開設者個人の住所、氏名を記入。			
山口県知事 殿			