

麻 薬 廃 棄 届

麻薬免許証の免許番号、免許  
開始年月日を記入

免 許 証 の 番 号	第〇〇〇〇号	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	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	令和〇年〇月〇日		
廃 棄 の 場 所	〇〇病院 薬剤部		
廃 棄 の 方 法	①〇〇、②③□□		
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 〇〇市××町一丁目1番1号  
法人にあっては、主たる事務所の所在地

届出義務者続柄

氏 名 医療法人〇〇会〇〇病院  
法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 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

(注1) 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。