

調剤済麻薬廃棄届

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		
廃棄した麻薬	品名	数量	廃棄年月日	患者の氏名
	①〇〇錠 5mg	10錠	令和〇年〇月〇日	〇〇〇〇
	②□□テープ [°] 10mg	10枚	令和〇年〇月〇日	〇〇〇〇
	③××アンプル5mg	2 A	令和〇年〇月〇日	□□□□
廃棄の方法	①〇〇、②□□、③××			
廃棄の理由	①②〇〇、③□□			

上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。

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

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) 廃棄の方法が分からないときは、提出先の健康福祉センターに相談すること。