

麻 薬 廃 棄 届

麻薬免許証の有効期間開始日を記入してください。

該当する免許の種類を記入してください。

免許証の番	〇〇〇〇〇〇	免許年月日	平成〇〇年1月1日
免許の種類	麻薬管理者	氏名	高知 花子
麻薬業務所	所在地	高知市丸ノ内1丁目2番20号	
	名称	医療法人高知会 県庁病院	
廃棄しようとする麻薬	品名	数量	
	①オキノーム散 5mg ②MSコンチン錠 10mg	① 10包 ② 30錠	
廃棄の年月日	廃棄の年月日は空白で提出してください。		
廃棄の場所	県庁病院 薬局		
廃棄の方法	① 下水に放流 ② 粉碎し下水に放流		
廃棄の理由	期限切れのため		

上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。
平成〇〇年〇〇月〇〇日

届出義務者の代理人が届け出る場合には、続柄を記入します。(故人の場合等)

住所 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 法人にあっては、名称

高知市丸ノ内1丁目2番20号

法人の場合は、登記された代表者の印鑑を押印してください。

医療法人高知会 県庁病院
理事長 桂浜 太郎 印

高知県知事 尾崎 正直 殿

開設者の届出

(注) 開設者が国、地方公共団体、大学病院又は医療法人の場合は、当該麻薬診療施設の長の職名、氏名、押印によっても差し支えありません。