

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。

| | | | |
|------------|---------------------|----------------|------------|
| 免許証の番号 | 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 | 麻薬小売業者 | 氏名 | 株式会社県庁調剤薬局 |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 高知市丸ノ内1丁目2番20号 | |
| | 名称 | けんちょう薬局 高知店 | |
| 廃棄しようとする麻薬 | 品名 | ①オキノーム散 5mg | ① 10包 |
| | | ②MSコンチン錠 10mg | 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 | けんちょう薬局 高知店 調剤室 | | |
| 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

株式会社 県庁調剤薬局
 代表取締役 県庁 太郎 印

高知県知事 尾崎 正直 殿

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。

開設者の届出