

該当する免許の種類を記入してください。

調剤済麻薬廃棄届

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		
廃棄した麻薬	品名	数量	廃棄年月日	患者の氏名
	オキノム散5mg	10包	平成26年1月20日	山本 ×子
	オキシコンチン錠10mg	42錠	平成26年1月20日	山本 ×子
	フェントステープ2mg	5枚	平成26年1月25日	佐藤 ×夫
	アンペック坐剤10mg	21個	平成26年2月2日	上町 ○郎
廃棄の方法	内服薬、坐剤は溶解後放流。 貼付剤は細かく裁断し廃棄。			
廃棄の理由	患者またはその家族からの返納分			

廃棄後30日以内であれば、その間の複数の廃棄をまとめて1つの届出書で提出していただいて構いません。

上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。

平成成26年2月5日

住所 法人にあつては、主たる事務所の所在地

高知市丸ノ内1丁目2番20号

氏名 法人にあつては、名称

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

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

（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。