

麻 薬 廃 棄 届

麻薬免許の番号、種類(施用・管理等)、有効期間の始期、免許を受けている方の氏名を各欄に記入。

免 許 証 の 番 号		第〇〇〇〇〇〇号	免 許 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日
免 許 の 種 類		麻薬〇〇者	氏 名	〇〇 〇〇 (法人の場合は法人名)
麻薬業務所又は 麻薬の所在場所	所在地	※免許証に記載の業務所所在地住所を記入してください		
	名 称	※免許証に記載の業務所名称を記入してください		
廃 棄 し よ う と す る 薬 麻		品 名	数 量	
		※1 製品名は正確に記入してください(剤型の異なるものがある場合は特にご注意ください; 塩酸モルヒネ末・注・錠など)。 ※2 複数の規格があるものは、品名欄に規格も記入してください。 ※3 規格の異なるものは、規格毎に記入してください。 ※4 数量欄は、単位(錠、アンプル、gなど)も記入してください。		
廃 棄 の 年 月 日		※本欄は空欄です		
廃 棄 の 場 所		※本欄は空欄です		
廃 棄 の 方 法		※本欄は空欄です		
廃 棄 の 理 由		※陳旧化、使用見込なし、期限切れ、業務廃止(廃止年月日) 等		
上記のとおり、廃棄したいので届け出ます。				
年 月 日		届出年月日(書類を提出される日)を記入してください。		
住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) ※麻薬業務所の開設者の住所を記入してください				
届出義務者続柄 ※個人の開設者が死亡の場合、法定届出義務者(相続人等)の開設者との続柄を記入してください				
氏 名 (法人にあっては、名称) ※麻薬業務所の開設者の氏名等を記入してください				
麻薬の廃棄に関する担当者名、電話番号を記入してください。 (廃棄日程調整のため、後日連絡することがあります) ※国・地方公共団体、又は法人の開設する施設の場合は、当該業務所の長の職名、氏名でも可。				

担当者名 薬剤課 福岡 太郎

連絡先TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇