別記第１８号様式

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 第　　　　　　号 |  | 　　　年　　　月　　　日 |
|  |  |
|  | 所在地 |  TEL ( ) - - |
| 名　称 |  |
|  | 品　　　　　　　　名 | 数　　　　　　　　量 |
|  |  |
| （　　） |  |
| 　上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。　　　　　　年　　月　　日　　 住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）　　　　　氏　名（法人にあっては、名称）　　 　　　　　　　　　殿 |

（注意）１　麻薬管理者のいる診療施設にあっては、麻薬管理者の住所、氏名とする。

 ２　麻薬管理者のいない診療施設にあっては、麻薬施用者の住所、氏名とする。