

調剤済麻薬廃棄届

免許証の番号		第〇〇〇号	免許年月日	〇年 〇月 〇日
免許の種類		麻薬小売業者	氏名	株式会社 〇☆薬局
麻薬業務所	所在地	徳島市万代町1丁目1番地		
	名称	〇☆薬局 県庁前支店	麻薬小売業者免許証のとおり	
廃棄した麻薬	品名	数量	廃棄年月日	患者の氏名
	MSコンチン錠30mg アンペック座剤20mg 以下余白	14個 5個	〇年〇月〇日 〇年〇月〇日	〇山〇子 田〇〇夫
廃棄の方法	<input checked="" type="checkbox"/> 粉碎後放流及び溶解後放流			
廃棄の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 患者（又はその家族）からの返納			
上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。				
〇年 〇月 〇日				
薬局開設者の名義で届け出て下さい。		住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 徳島市万代町1丁目1番地		
		氏名（法人にあっては、名称） 株式会社 〇☆薬局 代表取締役 〇〇〇〇		
徳島県知事		殿		

(注意)

用紙の大きさは、A4とすること。