

【病院・診療所用】

麻 蕒 廢 棄 屆

免許証の番号		第1×●○△号	免許年月日	○×△□年 ○月×日
免許の種類		麻薬施用者	氏名	○○○○
麻薬業務所又は麻薬の所在場所	所在地	徳島市万代町1丁目1番地 又は麻薬管理者		
	名称	医療法人○△会 ○□病院		
廃棄しようとする麻薬		品名	数 量	
		MSコンチン錠30mg 塩酸モルヒネ注射液10mg 以下余白	10個 3A	
		日程を調整して廃棄するので、後日記載		
廃棄の年月日		↓ 年 月 日		
廃棄の場所		徳島市万代町1丁目1番地 医療法人○△会 ○□病院		
廃棄の方法		例 錠剤：粉碎後放流，注射液：放流		
廃棄の理由		例 陳旧化し、使用の見込みがないため。		
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。 ○○○○年 ○○月 ○○日 各病院・診療所の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 届出義務者続柄 開設者 氏 名（法人にあっては、名称） 医療法人○△会 理事長 ○ ○ ○ ○				

(注意)

用紙の大きさは、A4 とすること。