

## 麻薬廃棄届

免許証の番号	第1×●○△号	免許年月日	平成○年 □月 ×日
免許の種類	麻薬施用者 ←	氏名	○ ○ ○ ○
麻薬業務所	所在地	徳島市万代町1丁目1番地 <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">又は麻薬管理者</span>	
	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	
廃棄の年月日	平成	↓	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	☑錠剤：粉碎後放流，注射液：放流		
廃棄の理由	☑陳旧化し、使用の見込みがないため。		
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</p> <p>平成25年 ○○月 ○○日</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">                 各病院・診療所の開設者の名義で届け出て下さい。             </div> <p style="margin-left: 40px;">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</p> <p style="margin-left: 40px;">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 ○ ○ ○ ○ ㊟</p> <p style="margin-left: 40px;">徳島県知事 殿</p>			

（注意）

用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。