

調剤済麻薬廃棄届

免許証の番号		第1010△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		又は麻薬管理者	
	名称	医療法人○△会 ○□病院			
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 アンペック坐剤20mg 以下余白	14個 5個	平成○年○月○日 平成○年○月○日	○山○子 田○○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"/> 使用患者が死亡したため、使用患者の処方変更で不要となったため				
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。</p> <p>平成 ○年 ○日 ○日</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>各病院・診療所の開設者の名義で届け出て下さい。</p> </div> <p>住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地) 徳島市万代町1丁目1番地</p> <p>氏名(法人にあつては、名称) 医療法人○△会 理事長 ○ ○ ○ ○ 印</p> <p>徳島県知事 殿</p>					

廃棄後、30日以内に届け出て下さい。

(注意)

用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。