

調 剤 済 麻 薬 廃 棄 届

|                        |                                    |                                                                                                |                      |                    |  |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------|--|
| 免 許 証 の 番 号            |                                    | 第 〇〇〇 号                                                                                        | 免許年月日                | 平成〇年 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<br>アンペック座剤20mg<br>以下余白 | 1 4 個<br>5 個                                                                                   | 平成〇年〇月〇日<br>平成〇年〇月〇日 | 〇 山 〇 子<br>田 〇 〇 夫 |  |
|                        |                                    |                                                                                                | 廃棄後、3 0 日以内に届け出て下さい。 |                    |  |
| 廃棄の方法                  | 例 粉碎後放流及び溶解後放流                     |                                                                                                |                      |                    |  |
| 廃棄の理由                  | 例 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。 |                                    |                                                                                                |                      |                    |  |
| 平成 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）<br>徳島市万代町 1 丁目 1 番地<br>氏 名（法人にあっては、名称）<br>株式会社 〇☆薬局<br>代表取締役 〇 〇 〇 〇 印 |                      |                    |  |
| 徳島県知事                  |                                    | 殿                                                                                              |                      |                    |  |

(注意)  
用紙の大きさは、日本工業規格 A 4 とすること。