

別記第 18 号様式

麻薬事故届

免許の有効期間開始日を
記入してください。

| | | | |
|-----------------------------|--|-----------------|---------|
| 免許証の番号 | 第××××××号 | 免許有効期間 開始年月日 | 年××月××日 |
| 免許の種類 | 麻薬 管理者 | | |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 佐賀市城内1-×-× | |
| | 名称 | 医療法人佐賀会 県庁病院 | |
| 事故が生じた麻薬 | 品名 | 数量 | |
| | モルヒネ塩酸塩注射液 10mg | 1A | |
| 事故発生の状況 (事故発生日、場所、事故の種類) | <p>(例)</p> <p>××年××月××日××時頃、〇〇手術室で、モルヒネ塩酸塩注射液10mg 1A を施用するため手に取ったが、床に落下させ破損した。破損したアンプルと床から〇〇. 〇ml を回収したが、残りは回収不可能であった。</p> <p>回収した注射液は、次の通り廃棄した。 廃棄年月日：平成26年××月△△日 廃棄数量：〇〇. 〇ml 廃棄方法：放流 立会者：〇〇〇〇</p> | | |
| 上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。 | | | |
| 年 | 2月 12日 | | |
| 住所 | 佐賀市兵庫1-×-× | | |
| 氏名 | 佐賀 花子 | | |
| 佐賀県知事 様 | | | |
| 連絡先電話番号 | 0952-XX-XXXX | | |

届出者は、麻薬管理者です。
(麻薬管理者設置必要のない施設にあつては、麻薬施用者)