

## 調剤済麻薬廃棄届

麻薬免許証の番号、免許の有効期間開始日を記載すること。

免許証の番号	第〇〇〇〇〇〇号	免許有効期間 開始年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	
免許の種類	麻薬 小売業者	氏名（法人にあつては、名称）	有限会社 薬務課薬局	
麻薬 業務所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 佐賀市城内1-〇-〇〇		
	名称	薬務課薬局		
廃棄した麻薬	品名	数量	廃棄年月日	患者の氏名
	オキシコンチン錠 10mg オキノーム散 5mg	12錠 9包	〇〇年〇〇月△△日 〇〇年〇〇月△△日	□□ □□ ■ ■ ■ ■
<p>製品名は規格も含めること。 単位（錠、g、包、個など）も記入すること。 廃棄年月日、交付した患者の氏名を記載すること。</p>				
廃棄の方法	放流	廃棄の方法（放流、焼却等）及び廃棄の理由を具体的に記載すること。		
廃棄の理由	患者死亡のため			
<p>上記のとおり麻薬を廃棄したので届け出ます。</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 佐賀市城内1-〇-〇〇</p> <p>氏名（法人にあつては、名称） 有限会社 薬務課薬局 代表取締役 薬務太郎</p> <p>佐賀県知事 様</p>				
連絡先電話番号		0952-25-〇〇〇〇		