

麻薬廃棄届

免許証の番号	第〇〇-〇〇〇〇号	①免許年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
②免許の種類	麻薬管理者	氏名	茨城 太郎
麻薬 業務所	所在地	日立市〇〇町1-2-3	
	名称	医療法人●●会 衛生課病院	
廃棄しようとする 麻薬	品名	MSコンチン錠10mg	
	数量	10錠	
③廃棄の年月日			
④廃棄の場所	病院内		
④廃棄の方法	粉碎後、下水に放流		
廃棄の理由	陳旧のため		
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</p> <p>⑤〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">⑥住所 日立市〇〇町1-2-3 届出義務者続柄 ⑥氏名 医療法人●●会 理事長 日立 一郎</p> <p>茨城県 日立 保健所長 殿</p>			

⑦ (担当者: 茨城 (所属: 総務課) 連絡先: 029-〇〇〇-1111)
 (保健所使用欄)

執行者			
立会者			

<記入上の注意>

- ①免許証の有効期間開始日を記入する。
- ②該当する免許の種別を記載する。
- ③空欄のまま提出する。
- ④予定している廃棄の場所と方法を記入する。
- ⑤窓口に届け出る日を記入する。
- ⑥麻薬営業所、麻薬診療施設の開設者又は研究施設の設置者が届け出る。個人の場合は、届出者の自宅住所と氏名を記入する。法人の場合は、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者氏名を記入する。
- ⑦担当者氏名、所属、連絡先を記入する。

