

該当する免許の種類を記入してください。

調剤済麻薬廃棄届

麻薬免許証の有効期間開始日を記入してください。

免許証の番号	第〇〇〇〇〇号	免許年月日	令和△△年1月1日	
免許の種類	麻薬小売業者	氏名	株式会社 県庁調剤薬局	
麻薬業務所	所在地	高知市丸ノ内1丁目2番20号		
	名称	けんちょう薬局 高知店		
廃棄した麻薬	品名	数量	廃棄年月日	患者の氏名
	オキノム散 5mg	10包	令和〇年〇月×日	山本 ×子
	フェントステブ° 2mg	5枚	令和〇年〇月×日	山本 ×子
	オキソコチンTR錠 10mg	42錠	令和〇年〇月△日	佐藤 △夫
	アソパ°ツ坐剤 10mg	21個	令和〇年〇月□日	上町 □郎
廃棄の方法	内服薬、坐剤は溶解後放流。 貼付剤は細かく裁断し廃棄。			
廃棄の理由	患者またはその家族からの返納分。			

廃棄後30日以内であれば、その間の複数の廃棄をまとめて1つの届出書で提出していただいで構いません。

上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

高知市丸ノ内〇丁目〇番〇号

氏名 (法人にあつては、名称)

株式会社 県庁調剤薬局
代表取締役 県庁 太郎

高知県知事 〇〇 〇〇 殿

開設者の届出

(注) 開設者が国、地方公共団体、大学病院又は医療法人の場合は、当該麻薬診療施設の長の職名、氏名によつても差し支えありません。