

事故届出書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

高知県知事 様

開設者の届出

届出者 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1丁目2番20号

法人の場合は、登記された代表者の印鑑を押印してください。

氏名
法人にあつては、名称及び代表者の職・氏名

医療法人高知会 県庁病院
理事長 桂浜 太郎



電話番号

088-8xx-0000

事故が発生しましたので、覚醒剤取締法^{第23条}第30条の14第1項の規定により次のとおり届け出ます。

| 指定の種類 | 指定番号 | 第 号 | 指定年月日 | 年 月 日 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-------|
| 品 名 | 数 量 | | | |
| エフピーOD錠2.5 | 200錠 | | | |
| 覚醒剤原料の場合、病院・診療所は記載する必要はありません。 | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・事故の発生年月日、発生場所、発生状況（誰が、何をしているときに、何が起こり、その結果どうなったのか）等について具体的かつ詳細に記載してください。 ・なお、必要に応じ、別紙を用いて記載してください。 | | | | |
| 事故発生年月日及び事故の状況 | <p>令和〇〇年〇月△日午前9時10分、医療法人高知会県庁病院（高知市丸ノ内1丁目2番20号）において、薬剤師〇〇〇〇が調剤を行う前に帳簿を確認したところ、記帳数と在庫数があわないことから紛失に気づきました。</p> <p>令和〇〇年〇月□日午後5時時点では薬剤師〇〇〇〇および薬剤師△△△△が記帳数と在庫数が合っていることを確認しています。</p> <p>調剤台や保管場所等を確認しましたが見つからず、所在不明となりました。</p> | | | |

注 「事故発生年月日及び事故の状況」欄の事故の状況は、詳細に記載し、必要に応じ別紙を用いてください。