

記載例

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 | 麻薬管理者 | 氏名 | 高知 花子 | |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 高知市丸ノ内1丁目2番20号 | | |
| | 名称 | 医療法人高知会 県庁病院 | | |
| 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 |
| | フェイントテープ 2mg | 5枚 | 令和〇年〇月×日 | 山本 ×子 |
| | オキコンチンTR錠 10mg | 42錠 | 令和〇年〇月△日 | 佐藤 △夫 |
| | アパ°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 法人にあっては、主たる事務所の所在地

高知市丸ノ内1丁目2番20号

氏名 法人にあっては、名称

医療法人高知会 県庁病院
理事長 桂浜 太郎

高知県知事 ○○ ○○ 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、氏名によっても差し支えありません。