

麻 薬 事 故 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	〇〇〇〇〇〇	免許年月日	平成〇〇年1月1日
免許の種類	麻薬小売業者		
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	
事故が生じた	品名	数量	
麻薬	MSコンチン錠10mg	1錠	
事故発生の状況 <small>（事故発生年月日） （場所、事故の種類）</small>	<p>(例)</p> <p>平成26年2月10日15時頃、薬剤師 〇〇〇〇が、麻薬処方せんにより調剤していたところ、錠剤分包機内でMSコンチン錠10mg 1錠を粉砕してしまった。 なお、粉砕されたMSコンチン錠10mg 1錠は回収不能となった。</p>		

詳細に記載してください。

上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。

平成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）

株式会社 県庁調剤薬局
代表取締役 県庁 太郎 印

高知県知事 尾崎 正直 殿

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。

開設者の届出（薬局の場合）