別記様式１７（第１２条の６関係）

**調剤済麻薬廃棄届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | 第　　　　号　 | 免許年月日(有効期間の始期) | 　　年　　　月　　　日 |
| 免許の種類 |  | 氏　名（法人にあっては 法人の名称） |  |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 〒 |
| 名　称 | Tel  |
| 廃棄した麻薬 | 品　　名 | 数　　量 | 廃棄年月日 | 患者の氏名 |
|  |  |  |  |
| 廃棄の方法 |  |
| 廃棄の理由 |  |
| 上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。　　　　年　　月　　日 |
|  | 住　所 | （法人にあっては、主たる事務所の所在地） |  |
|  |  | 〒 |  |
|  | 氏　名 | （法人にあっては、名称及び代表者名） |  |
|  |  |  |  |
| 　千葉県知事　様 |

別記様式１７（第１２条の６関係）

**調剤済麻薬廃棄届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | 第○○○○号 | 免許年月日(有効期間の始期) | 令和○年○月○日 |
| 免許の種類 | 麻薬管理者 | 氏　名（法人にあっては 法人の名称） | □□　□□ |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 〒○○○-○○○○千葉県千葉市中央区市場町○-○ |
| 名　称 | 医療法人○○会　○○病院Tel ○○○（○○○）○○○○ |
| 廃棄した麻薬 | 品　　名 | 数　　量 | 廃棄年月日 | 患者の氏名 |
| 1.MSｺﾝﾁﾝ錠10mg2.ﾌｪﾝﾄｽﾃｰﾌﾟ4mg3.ｵｷﾉｰﾑ散2.5mg4.ｵｷｼｺﾝﾁﾝTR錠5mg | 16錠7枚2包3錠 | R4.○.○○R4.○.○○R4.○.○○R4.○.○○ | ○○ ○○○○ ○○△△ △△□□ □□ |
| 廃棄の方法 | 1.粉砕後、水とともに下水に放流2.粘着面を内側に二つ折りにした後、ハサミで細断して廃棄3.水とともに下水に放流4.ガムテープに錠剤を包み、錠剤が見えないようにして廃棄 |
| 廃棄の理由 | 1.2.3.4 患者死亡のため |
| 上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。　　令和○年○月○日 |
|  | 住　所 | （法人にあっては、主たる事務所の所在地） |  |
|  |  | 〒○○○-○○○○千葉県千葉市中央区長洲○－○ |  |
|  | 氏　名 | （法人にあっては、名称及び代表者名） |  |
|  |  | □□　□□ |  |
| 　千葉県知事　様 |