別記第19号様式

**調剤済麻薬廃棄届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 第　　　　　　　号 | | | | 免許有効期間  開始年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 免許の種類 | | 麻薬　　　　者 | | | | 氏名（法人にあっては、名称） | |  | |
| 麻　薬  業務所 | 所在地 |  | | | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | | | |
| 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）      　　佐賀県知事　様 | | | | | | | | | |
|  | | | 連絡先電話番号 | |  | | | | |