

別記第 18 号様式

麻薬事故届

免許の有効期間開始日を
記入してください。

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 管理者		
麻薬業務所	所在地	佐賀市城内1-×-×	
	名称	医療法人佐賀会 県庁病院	
事故が生じた麻薬	品名	数量	
	モルヒネ塩酸塩注射液 10mg	1A	
事故発生の状況 (事故発生年月日、 場所、事故の種類)	<p>(例)</p> <p>××年××月××日××時頃、〇〇手術室で、モルヒネ塩酸塩注射液10mg 1A を施用するため手に取ったが、床に落下させ破損した。破損したアンプルと床から〇〇. 〇ml を回収したが、残りは回収不可能であった。</p> <p>回収した注射液は、次の通り廃棄した。 廃棄年月日：平成26年××月△△日 廃棄数量：〇〇. 〇ml 廃棄方法：放流 立会者：〇〇〇〇</p>		
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。			
年	2月 12日		
住所	佐賀市兵庫1-×-×		
氏名	佐賀 花子		
佐賀県知事 様			
連絡先電話番号	0952-XX-XXXX		

届出者は、麻薬管理者です。
(麻薬管理者設置必要のない施設にあつては、麻薬施用者)