

別記第 11 号様式

免許の種類（管理者または施用者）を記入してください。

免許の有効期間開始日を記入してください。

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 管理者	氏名（法人にあつては、名称）	佐賀 花子
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	
廃棄しようとする 麻薬	品名	数量	
	オキシコンチン 10 mg オキノーム散 2.5mg	30錠 10包	
		<p>製品名は正確に記入してください。 複数の規格があるものは、品名欄に規格も記入してください。 数量欄は、単位（錠、アンプル（A）、g、包など）も記入してください。</p>	
廃棄の年月日	本欄は空欄としてください。		<p>届出書提出後、廃棄立会日の調整を行うので、年月日、場所、方法は、空欄で提出してください。</p>
廃棄の場所	本欄は空欄としてください。		
廃棄の方法	本欄は空欄としてください。		
廃棄の理由	使用見込みなし等、具体的に記載してください。		
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。		<p>使用見込みなし、期限切れ、廃院等、具体的に記載してください。</p>	
年 4 月 26 日			
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 佐賀市城内 ×-×		<p>開設者の住所、氏名を記入してください。 開設者が法人のときは、施設長（院長等）の記名も可能です。そのときは住所欄を麻薬業務所所在地としてください。</p>	
(届出義務者続柄)			
氏名（法人にあつては、名称） 医療法人 佐賀会 理事長 城内一郎			
佐賀県知事 様			
連絡先電話番号		0952-XX-XXXX	