

別記第 19 号様式

免許の種類（管理者、麻薬管理者のいない麻薬診療施設においては施用者）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。

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 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	
廃棄した麻薬	品名	数量	患者の氏名
	オキシコンチン 10mg	30錠	××年××月××日
	オキノーム散 2.5mg	10包	××年××月××日
<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。 廃棄年月日、交付した患者の氏名を記載してください。</p>			
廃棄の方法	放流	廃棄の方法（放流、焼却）を記入してください。	
廃棄の理由	患者死亡のため	廃棄の理由を具体的に記入してください。	
<p>上記のとおり麻薬を廃棄したので届け出ます。</p> <p>年 2月 26日</p> <p>届出年月日を記載してください。</p> <p>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> <p>（届出者続柄） ← 本人死亡等の理由により、親族等の届出義務者代理人が届出を行う場合は、届出義務者の続柄を記入してください。</p> <p>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</p> <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> <p>佐賀県知事 様</p> <p>連絡先電話番号 0952-XX-XXXX</p>			