

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。

別記第 11 号様式

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 <b>管理</b> 者	氏名（法人にあつては、名称）	<b>佐賀 花子</b>
麻薬業務所 又は麻薬の 所在場所	所在地	<b>佐賀市城内 1-×-×</b>	
	名称	<b>医療法人佐賀会 県庁病院</b>	
廃棄しようとする 麻 薬	品 名	数 量	
	<b>オキシコンチン 10 mg オキノーム散 2.5mg</b>	<b>30錠 10包</b>	
<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	<b>(空欄)</b>	<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	<b>(空欄)</b>		
廃棄の方法	<b>(空欄)</b>		
廃棄の理由	<b>使用見込なし等、具体的に記載してください。</b>		
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。			
<p>××年 ××月 ××日</p> <p>住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） <b>佐賀市城内 ×-×</b></p> <p>（届出義務者続柄）</p> <p>氏 名（法人にあつては、名称） <b>医療法人 佐賀会 理事長 城内一郎</b></p> <p>佐賀県知事 様</p>			
連絡先電話番号		<b>0952-XX-XXXX</b>	

使用見込なし、期限切れ、廃院等、具体的に記載してください。

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。