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　小売業　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 |  |