

麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第〇〇〇〇〇〇号	免許有効期間 開始年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
免許の種類	麻薬 小売業者	氏名(法人にあつては、名称)	有限会社 薬務課薬局
麻薬業務所 又は麻薬の 所在場所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 佐賀市城内1-〇-〇〇	
	名称	薬務課薬局	
廃棄しようとする 麻 薬	品 名	数 量	
	オキシコンチン錠 10mg オキノーム散 5mg フェントステープ 2mg	20 錠 15 包 4 枚	
		製品名は規格も含めること。 数量欄は、単位(錠、アンプル(A)、g、 包、個など)も記入すること。	
廃棄の年月日	(空欄)	本届出書提出後、廃棄立会日の 調整を行うので、年月日、場所、 方法は、空欄にすること。	
廃棄の場所	(空欄)		
廃棄の方法	(空欄)	期限切れ、閉局等具体的に記載 すること。	
廃棄の理由	使用見込みなし		
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。			
〇〇年〇〇月〇〇日			
住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)		届出者の住所、氏名(法人に あつては、法人の主たる事務 所の所在地、名称)を記入す ること。	
佐賀市城内1-〇-〇〇			
(届出義務者続柄)			
氏 名 (法人にあつては、名称)			
有限会社 薬務課薬局 代表取締役 薬務太郎			
佐賀県知事 様			
連絡先電話番号		0952-25-0000	