

別記第 11 号様式(第 10 条関係)

現在お持ちの麻薬免許証番号を記載してください

麻 薬 廃 棄 届

免許の有効期間開始日を記載してください

免許証の番号	第XXXXXXXX号	免許年月日	YY年MM月DD日
免許の種類	麻薬 小売業者	氏名	(株) OOOO
麻薬業務所又は麻薬の所在場所	所在地	藤沢市片瀬□-□-□	麻薬業務所(病院・薬局等)の所在地及び名称を記載してください 業務所名ではなく、免許証記載の“氏名”を記載してください
	名称	△△薬局△△店	
廃棄しようとする麻薬	品名	数量	
	オキシドン徐放カプセル5mg「テルモ」	20カプセル	
	オプソ内服液5mg	30包	
	デュロテップMTパッチ2.1mg	16枚	
	アンペック坐剤10mg	5個	
	コデインリン酸塩散10%	10.2g	
廃棄の年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		
廃棄の場所	県薬務課		
廃棄の方法	以下から適当なものを選んでください。 ・錠剤、坐剤等溶解可能なもの：溶解後放流 ・テープ剤：細断 ・TR錠、タペンタ錠：焼却 ・注射剤、液剤：放流		
廃棄の理由	期限切れのため／汚染のため／使用見込みがないため等		
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 開設者の住所を記載してください 住所 横浜市中区山下町〇〇 届出義務者続柄 この欄は記載不要 氏名 (株) OOOO 代表取締役 山下 太郎 開設法人名、代表者の職及び代表者名等(個人開設の場合、個人の氏名) 神奈川県知事 殿			

(注意) 用紙の大きさは日本産業規格 A4 とすること。