

現在お持ちの麻薬免許証番号を記載してください		調 剤 済 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	所在地	藤沢市片瀬□-□-□		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				
廃棄した麻薬	品名	数量	廃棄年月日	患者の氏名		
	①オキシコドン徐放カプセル5mg「テルモ」	20c	〇年 〇月〇日	□川□子		
	②オプソ内服液5mg	30包				
	③タペンタ錠 25mg	16錠				
	④コデインリン酸塩散 10%	10.2g				
	⑤フェンタニル3日用テープ 2.1 mg「HMT」	3枚				
廃棄の方法	①, ②, ④ 溶解後放流 ③ガムテープで錠剤を包み廃棄 ⑤細断					
廃棄の理由	患者家族から返却があったため 等					
上記のとおり麻薬を廃棄したので届け出ます。	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			
この欄は記載不要	届出義務者続柄	氏名	(株) OOOO 代表取締役 山下 太郎			
神奈川県知事 殿	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)	(個人開設の場合、個人の氏名)				

(注意) 用紙の大きさは日本産業規格 A4 とすること。