別記第１９号様式（第十二条の六関係）

## **調剤済麻薬廃棄届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | | 第号 | | 免許年月日 | | 年 　　月　 　日 | |
| 免許の種類 | | |  | | 氏　　　名 | |  | |
| 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) |  |   大分県知事　　　　　　　　　　殿 | | | | | | | | |

（注意）用紙の大きさは、Ａ４とすること。