

該当する免許種別等を記載。  
麻薬診療施設の場合、麻薬管理者  
(管理者がない場合は麻薬  
施用者)の免許番号等を記載  
麻薬研究施設の場合は、麻薬研  
究者の免許番号等を記載

# 麻薬廃棄届

麻薬免許証の免許  
年月日(有効期間の  
始期)を記載

免許証の番号	第〇〇〇〇〇号	免許年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
免許の種類	麻薬小売業	氏名	株式会社 〇〇
麻薬業務所	所在地	札幌市〇〇区〇条〇丁目△-□	
	名称	〇〇薬局 ××店	
廃棄しようとする麻薬	品名	MS コンチン錠(10mg)	
		数量	40錠
廃棄の年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		
廃棄の場所	〇〇薬局 ××店 調剤室内		
廃棄の方法	粉碎後放流		
廃棄の理由	陳旧化し使用の見込みがないため		

麻薬診療施設の場合、麻薬管理者  
(管理者がない場合は麻薬施用  
者)の氏名を記載  
麻薬卸売業者、小売業者の場合は、  
営業者の氏名(法人の場合は法人  
名称)を記載  
麻薬研究施設の場合は、麻薬研究  
者の氏名を記載

廃棄の年月日は空欄にしてください。  
届出受理後、保健所職員2名が立会し  
て廃棄します。

上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

住所 (法人にあっては、主  
たる事務所の所在地)  
札幌市△△区〇条〇丁目□-□

届出義務者続柄

氏名 (法人にあっては、名称)  
株式会社 〇〇  
代表取締役 〇藤 〇男 印

北海道知事殿

法人の場合は、主たる事務所の所在地を記載  
届出者が国、地方公共団体若しくは法人の場  
合、当該麻薬業務所の長(病院長、支店長等)  
が届出ても差し支えありません。  
当該麻薬業務所の長(病院長、支店長等)が届  
け出した場合、「住所」は、「当該麻薬業務所の所  
在地」を記載し、「氏名」は、「当該麻薬業務所  
の名称、長の職名及び氏名」を記載してくださ  
い

法人の場合は、代表者印を押印  
届出者が国、地方公共団体若しくは法人の  
場合であって、当該麻薬業務所の長(病院  
長、支店長等)が届出する場合、㊟は当該麻  
薬業務所の長の公印又は公印に準じるもの  
(麻薬専用印等)を押印してください

捨印

欄外に捨  
印を押印