

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)が届出ること。

# 麻薬事故届

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	第〇〇〇〇号	免許年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
免許の種類	麻薬管理官		
麻薬業務所	所在地	札幌市**区〇〇条〇△丁目〇ー〇	
	名称	医療法人〇〇〇 ×××病院	
事故が生じた麻薬	品名	塩酸モルヒネ注射液(10mg)	
	数量	1 A	
事故発生の状況(事故発生年月日、場所、事故の種類)	平成〇〇年××月××日、午後〇〇時頃、患者〇〇△△に注射する際、看護婦□□□□がアンプルカットしようとして、誤って落下破損させたものである。(全量回収不能であった。)		
上記のとおり、事故が発生したので届出します。			
平成〇〇年××月××日			
捨印	住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)	札幌市**区〇〇条〇△丁目〇ー〇	
	氏名 (法人にあっては、名称)	△川 ○男 印	
欄外に捨印を押印			
北海道知事 殿			

事故の具体的状況を記載。注射薬等の場合は、回収できた分があったか否かも記載。(回収できた分は別途、麻薬廃棄届又は調剤済麻薬廃棄届の対象となります。)

麻薬診療施設の場合は、当該診療施設の所在地を記載  
麻薬卸売業者、麻薬小売業者の場合は、法人の主たる事務所の所在地を記載  
麻薬研究施設の場合は、麻薬研究者の住所を記載

麻薬診療施設の場合は、麻薬管理者(管理者がない場合は施用者)の氏名を記載し、個人印を押印  
麻薬卸売業者、麻薬小売業者の場合は、営業者が法人のときは、法人名称及び代表者氏名を記載し、代表者印を押印  
麻薬研究施設の場合は、麻薬研究者の氏名を記載し、個人印を押印