

麻 薬 廃 棄 届

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（管理者がい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 号	免許年月日	平成 年 月 日
免許の種類	麻薬小売業	氏 名	株式会社
麻 薬 業 務 所	所在地	札幌市 区 条 丁目 -	
	名 称	薬局 × × 店	
廃棄しようとする麻薬	品 名	数 量	
	MS コンチン錠 (10mg)	4 0 錠	
廃棄の年月日	<p style="text-align: center;">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。</p>		
廃棄の場所	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（管理者がい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

上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。

平成 年 月 日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
札幌市 区 条 丁目 -

捨印

届出義務者続柄

氏名（法人にあっては、名称）
株式会社
代表取締役 藤 男 印

欄外に捨印を押印

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）が届出の場合、印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