

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

調剤済麻薬廃棄届

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 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	
廃棄した麻薬	品名	数量	廃棄年月日
	MS コンチン錠 (10mg)	10錠	平成 年 月 日
患者の氏名	田子		
廃棄の方法	粉碎後放流		
廃棄の理由	患者家族からの返納のため		

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

上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。

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 -

氏名 (法人にあっては名称)
株式会社
代表取締役 藤 男 印

捨印

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

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、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