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 | 麻薬小売業者 | | | 氏　　　名 | |  | |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 町田市 | | | | | |
| 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。  住　　　　所  届出義務者続柄  氏　　　名  　　　　年　　月　　日  町田市保健所長　様 | | | | | | | |
|  | | 連絡先  電話番号 |  | | | | |

（注意）

　１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。