

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	株式会社〇〇薬品	
麻薬業務所	所在地	町田市 中町△丁目△番△号 2階			
	名称	〇〇薬局 町田店			
廃棄した麻薬	品名	数量	廃棄年月日	患者の氏名	
	コデインリン酸塩錠	3 T	20××年××月××日	〇〇 〇〇	
	〃	100 T	〃	△△△ △△	
	アンペック坐剤10mg	10 個	〃	□□ □□	
	フェンタニル〇〇テープ4.2mg	7 枚	〃	〃	
	以下余白				
廃棄の方法	放流、細切				
廃棄の理由	患者又はその家族からの返納分				
上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。 ××××年××月××日 住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 東京都町田市森野〇丁目〇番〇号 7階705番 届出義務者続柄 氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社〇〇薬品 代表取締役 町田 花子 町田市保健所長 様					
		連絡先 電話番号	090 (××××) ×××× 町田太郎		

(注意)
1 用紙の大きさは、A4 とすること。