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 |  | 氏名 |  |
| 麻薬業務所 | 所在地 |  |
| 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。 　　　　　年　　月　　日 　　　　　　　　　　　　　　　　住　所 法人にあっては、主 たる事務所の所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 　 法人にあっては、その名称及び代表者の氏名　　　　　　　　　　 　　山口県知事　　　　　殿 |