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 | | | | | | |