別記第１９号様式（第十二条関係）

調 剤 済 麻 薬 廃 棄 届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | 第　　　　号 | 免許年月日 |  |
| 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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出義務者続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名（法人にあっては、名称）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　香川県知事　　池　田　豊　人　　殿 |
|  |  |  |  | 連絡先 | TEL：（　　　）　　-担当者： |