別記第１９号様式（第十二条関係）

**記載例**

調 剤 済 麻 薬 廃 棄 届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | 第３２０００号 | 免許年月日 | 令和３年１月１日麻薬免許証の有効期間の初日。 |
| 免許の種類麻薬管理（施用）者、麻薬小売（卸売）業者等。 | 麻薬管理者 | 氏　　　名 | 　香川　丈一郎 |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 高松市番町４丁目１番１０号 |
| 名　称 | 医療法人社団　讃岐会　香川県庁病院 |
| 廃棄した麻薬 | 品　　名 | 数　量 | 廃棄年月日 | 患者の氏名 |
| ＭＳコンチン錠同　錠同　錠以下余白 | ２０錠１８錠２錠 | 　4.10.3　4.10.11　4.10.17 | ×村　×司○村　○道○田　○一以下余白 |
| 廃棄の方法 | 他に、「院内で施用した一部の残り」、「アンプルカットするも投与中止のため」等を記載してください。粉砕後焼却（放流） |
| 廃棄の理由 | 患者（又はその家族）からの返却。 |
| 　上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。　　　令和４年１０月２８日　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）廃棄した日から30日以内に提出してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高松市番町４丁目１番１０号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出義務者続柄　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名（法人にあっては、名称と代表者の氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療法人社団○○会　香川県庁病院　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　理事長（院長等）　　香川　太郎　　香川県知事　　池　田　豊　人　　殿  |
|  | 麻薬小売業者の免許を受けている者or麻薬診療施設の開設者（個人・法人）が届け出てください。なお、麻薬診療施設の開設者が法人にあっては、当該診療施設の長の職名、氏名であっても差し支えありません。 |  |  | 連絡先 | TEL：087-832-3301担当者：香川　文吉 |