別記第１１号様式（第十条関係）

**記載例**

麻 薬 廃 棄 届

麻薬取扱者免許証の有効期間の始期。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | | |  |
| 免許証の番号 | | 第６２０００号 | 免許年月日 | | | 令和６年１月１日 |
| 免許の種類  麻薬管理（施用）者、  麻薬卸（小売）業者等 | | 麻薬管理者 | 氏　　名 | | | 香川　丈一郎 |
| 麻薬業務所又は麻薬の所在場所 | 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 | | | | |
| 廃棄しようとする  麻　　　　　　薬 | | 品　　　　　名 | | | | 数　　　　　量 |
| ﾘﾝ酸ｺﾃﾞｲﾝ10倍散  ﾘﾝ酸ｼﾞﾋﾄﾞﾛｺﾃﾞｲﾝ10倍散  ｱﾍﾝﾁﾝｷ  塩酸ﾓﾙﾋﾈ注　10mg  ｱﾝﾍﾟｯｸ坐剤　10mg  以上余白 | | | | 54.3g  18.7g  24.5ml  8A  3個  以上余白 |
| 廃棄の年月日 | |  | | | | |
| 廃棄の場所  閉院等の理由により早急に麻薬取締員の麻薬廃棄の立会いを希望する場合には、その旨を記載、連絡してください。 | | （空欄のまま提出して下さい。） | | | | |
| 廃棄の方法 | |  | | | | |
| 廃棄の理由 | | 陳旧化、異物混入のため使用不可、業務廃止、 | | | | |
| 上記のとおり、廃棄したいので届け出ます。  　　令和６年12月16日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　高松市番町４丁目１番１０号  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。  届出者が死亡、解散の場合にのみ、相続人、清算人等を記載してください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出義務者続柄  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名（法人にあっては、名称）  医療法人社団　讃岐会　香川県庁病院  院長　香川　太郎  香川県知事　　池　田　豊　人　　殿 | | | | | | |
|  | | | | 連絡先 | TEL：087-832-3300  担当者：香川　丈一郎 | |