別記第１９号様式（第１２条の６関係）

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  　　　　　　　　　　　　　　氏　名  茨城県　　　　　保健所長 殿 | | | | | |

（担当者：　　　　　　　　　　　　　（所属：　　　　）連絡先：　　　　　　　　　　　　　）