

調剤済麻薬廃棄届

麻薬免許の番号、種類(施用・管理・小売等)、有効期間の始期、氏名を各欄に記入(法人の場合は法人名)。

免許証の番号		第〇〇〇〇〇〇号	免許年月日	〇年 〇月 〇日	
免許の種類		麻薬〇〇者	氏名	福岡 太郎	
麻薬業務所	所在地	※免許証に記載の業務所所在地を記入 TEL (〇〇〇) - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇			
	名称	※免許証に記載の業務所名称を記入			
廃棄した麻薬		品名	数量	廃棄年月日	患者の氏名
		※1 品名は規格ごとに正確に記入。 (例; 塩酸モルヒネ錠、塩酸モルヒネ注射液 10mg など) ※2 数量欄は、単位(錠(T)、アンプル(A)、g など)も記入。 ※3 品目が多い場合は、欄を増やすか、「別紙のとおり」と記入し、別紙により届出。			
廃棄の方法		※「粉碎後放流」「細断」等、具体的な廃棄方法を記入			
廃棄の理由		※「患者死亡のため家族から返納」「処方変更のため施用中止」「入院時持参薬が不要となったため」等			
上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。					
年 月 日		窓口に届け出る年月日を記入。 (廃棄後 30 日以内)			
住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地) ※麻薬業務所の開設者の住所を記入					
氏名(法人にあつては、名称) ※麻薬業務所の開設者の氏名等を記入					
福岡県知事		殿		※国・地方公共団体、又は法人の開設する施設の場合は、当該業務所の長の職名、氏名でも可。	

(注意) 用紙の大きさは、A4 とすること。