

該当する免許の種別を記入してください。

調剤済麻薬廃棄届

免許の有効期間の始期年月日を記入してください。

免許証の番号	第 4-5100 号	免許年月日	令和2年 4月15日	
免許の種類	麻薬 管理者	氏名	東京 花子	
麻薬業務所	所在地	東京都新宿区西新宿2-8-1 都庁第一本庁舎30階		
	名称	医療法人社団東京会 都庁病院		
廃棄した麻薬	品名	数量	廃棄年月日	患者の氏名
	MSJチカ 30mg	3T	2021年3月6日	〇〇 〇〇
	アパ°チカ坐剤 10mg	2個	2021年3月10日	△△ △△
	以下余白			
廃棄の方法	放流			
廃棄の理由	患者死亡のため			
上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。				
令和 3年 3月 31日	窓口に届け出る年月日を記入してください。 廃棄後30日以内			
住所	東京都新宿区西新宿2-8-1 <small>(法人にあっては、主たる事務所の所在地)</small>			
届出義務者続柄	開設者が死亡・解散した場合は相続人・清算人等の届出となります。その場合は届出義務者続柄も記入してください。			
氏名	医療法人社団東京会 理事長 薬事 一郎 <small>(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</small>			
東京都知事 殿 東京都保健所長 殿	個人開設の場合は個人名・住所、法人開設の場合は代表者名・所在地を記入してください。 ※押印不要			
連絡先 電話番号	03 (5321) 1111			

開設者の届出

(注) 開設者が国、地方公共団体、大学病院又は医療法人の場合は、当該麻薬診療施設の長の職名、氏名によっても差し支えありません。