

該当する免許の種類を記入してください。

# 麻薬事故届

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 1-111 号	免許年月日	令和 3年 1月 1日
免許の種類	麻薬 管理者		
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	医療法人社団丸都会 丸都病院	
事故が生じた麻薬	品名	数	量
	モルヒネ塩酸塩注射液10mg		1A
	以下余白		
事故発生の状況 (事故発生日、場所、事故の種類)	令和3年4月5日午後2時ごろ、入院患者△△△へ施用するため、モルヒネ塩酸塩注射液10mg 1Aを薬剤部で用意していたところ、薬剤師の□□□が手をすべらせ、誤って床に落として破損させた。こぼれた0.5mLはペーパーで拭き取り、アンプル中に残っていた0.5mLはシリンジで回収し、拭き取ったペーパー及び回収液は薬剤師○○○立会いにより適切に廃棄した。		
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。			
令和 3年 4月 10日	← 窓口に届け出る(郵送する)年月日を記入してください。		
住所 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)	東京都立川市柴崎町2-2-2		
届出義務者続柄	↑ 麻薬管理者の住所を記入してください。		
氏名 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	新宿 太郎		
東京都知事 殿	↑ 麻薬管理者の氏名を記入してください。 ※押印不要		
東京都保健所長 殿			
連絡先電話番号	03 (5321) 1111		

- (注) 1 麻薬管理者のいる診療施設にあつては、麻薬管理者の住所、氏名とする。  
2 麻薬管理者のいない診療施設にあつては、麻薬施用者の住所、氏名とする。