

<記入例> ※ これは記入例です。

該当する免許の種別
を記入してください。

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7年 1月 1日		
免許の種類	麻薬 管理者	氏 名	東京 花子		
麻薬業務所又は麻薬 の所在場所	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			
廃棄しよう とする麻薬	品 名		数 量		
	MSコンチン 10mg		80T		
	塩酸モルヒネ注射液 50mg		16A		
	リン酸コデイン10倍散		40g		
	以下余白				
廃棄の年月日	これらの欄は東京都で記入しますので 空欄のままで結構です。				
廃棄の場所					
廃棄の方法					
廃棄の理由	古くなったため、業務廃止、その他（ ）				
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。					
令和 7年 4月 1日		窓口に届け出る年月日を記入してください。			
住 所	東京都新宿区西新宿2-8-1				
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				
東京都知事 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				
東京都保健所長 殿					
※ 麻薬帳簿を持参してください。		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。