別記様式１６（第１２条の５関係）

**麻　薬　事　故　届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | | 第　　　　号 | | 免許年月日  (有効期間の始期) | 年　　　月　　　日 | |
| 免許の種類 | | |  | | 氏　名  （法人にあっては  法人の名称） |  | |
| 麻薬業務所 | | 所在地 | 〒 | | | | |
| 名　称 | Tel | | | | |
| 事故が生じた麻薬 | | | 品　　名 | | | 数　　量 | |
|  | | |  | |
| 事故発生の状況 | | |  | | | | |
| 事故発生年月日、  場所、事故の種類 | | |  | | | | |
| 上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。  　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
|  | 住　所 | | | （法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | |  |
|  |  | | | 〒 | | |  |
|  | 氏　名 | | | （法人にあっては、名称及び代表者名） | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | |

別記様式１６（第１２条の５関係）記載例

**麻　薬　事　故　届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | | 第○○○○号 | | 免許年月日  (有効期間の始期) | 令和○年○月○日 | |
| 免許の種類 | | | 麻薬管理者 | | 氏　名  （法人にあっては  法人の名称） | □□　□□ | |
| 麻薬業務所 | | 所在地 | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市中央区市場町○-○ | | | | |
| 名　称 | 医療法人○○会　○○病院  Tel ○○○（○○○）○○○○ | | | | |
| 事故が生じた麻薬 | | | 品　　名 | | | 数　　量 | |
| **アヘンチンキ** | | | **1.5 mL** | |
| 事故発生の状況 | | | 令和○年○月○日午後2時30分頃、医師○○○○の処方に基づき、患者○○○○の薬剤を調剤していたところ、薬剤師○○○○が誤って容器を転倒させ、アヘンチンキ1.5mLを床にこぼしてしまった。  流出したアヘンチンキはペーパータオルで拭き取った後、麻薬管理者□□□□立合いのもと、適切に廃棄した。 | | | | |
| 事故発生年月日、  場所、事故の種類 | | | 事故発生年月日：令和○年○月○日  事故発生場所　：医療法人○○会　○○病院　調剤室  事故の種類　　：滅失（流出） | | | | |
| 上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。  　　令和○年○月○日 | | | | | | | |
|  | 住　所 | | | （法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | |  |
|  |  | | | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市中央区長洲○－○ | | |  |
|  | 氏　名 | | | （法人にあっては、名称及び代表者名） | | |  |
|  |  | | | □□　□□ | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | |