別記様式１７（第１２条の６関係）

**調剤済麻薬廃棄届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | |
| 廃棄した麻薬 | | | 品　　名 | | 数　　量 | | 廃棄年月日 | | 患者の氏名 | |
|  | |  | |  | |  | |
| 廃棄の方法 | | |  | | | | | | | |
| 廃棄の理由 | | |  | | | | | | | |
| 上記のとおり、麻薬を廃棄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１７（第１２条の６関係）

**調剤済麻薬廃棄届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 ○○○（○○○）○○○○ | | | | | | | |
| 廃棄した麻薬 | | | 品　　名 | | 数　　量 | | 廃棄年月日 | | 患者の氏名 | |
| 1.MSｺﾝﾁﾝ錠10mg  2.ﾌｪﾝﾄｽﾃｰﾌﾟ4mg  3.ｵｷﾉｰﾑ散2.5mg  4.ｵｷｼｺﾝﾁﾝTR錠5mg | | 16錠  7枚  2包  3錠 | | R4.○.○○  R4.○.○○  R4.○.○○  R4.○.○○ | | ○○ ○○  ○○ ○○  △△ △△  □□ □□ | |
| 廃棄の方法 | | | 1.粉砕後、水とともに下水に放流  2.粘着面を内側に二つ折りにした後、ハサミで細断して廃棄  3.水とともに下水に放流  4.ガムテープに錠剤を包み、錠剤が見えないようにして廃棄 | | | | | | | |
| 廃棄の理由 | | | 1.2.3.4 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○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 | | | | | | | | | | |