

調 剤 済 麻 薬

麻薬診療施設で麻薬管理者が設置されている施設は麻薬管理者を、麻薬施用者が1名で麻薬管理者を設置していない施設はその方の免許証により記載してください。
（免許年月日は免許証下部「有効期間」

免許証の番号		○第××××号		免許年月日		令和○年○月○日	
免許の種類		麻薬施用者		氏 名		愛媛 太郎	
麻 薬 業務所	所在地	松山市一番町4丁目4-2					
	名 称	えひめ○△病院					
廃棄した麻薬		品 名	数量	廃棄年月日			
		① MS コンチン錠 (30mg)	5 錠	令和○年○月○日		松山 太郎	
		② デュロテップ MT パッチ (4.2mg)	2 枚	令和○年○月○日		伊予 花子	
廃棄の方法		① 粉碎後放流 ② ライナーを剥がし粘着面を内側に二つ折りにした後裁断					
廃 棄 の 理 由		薬剤変更により使用しなくなったため（①、②とも）					

免許証に記載のとおり
に記載してください。

同一名で麻薬の含有量（濃度）の異なる
場合は濃度を記載してください。

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）

松山市三番町8丁目234

氏 名（法人にあっては、
名 称）

医療法人松山会

理事長 伊予 太郎

愛媛県知事 ○○ ○○ 殿

当該麻薬業務所の開設者の住所氏名
を記載してください。
（法人の場合は、当該麻薬業務所の
長（病院長、支店長、工場長等）が
届け出ても差し支えありませんが、
その場合は法人名も忘れず記載して
ください。）

（注意）

用紙の大きさは、A4 とすること。