

病院、診療所、飼育動物診療施設、薬局、
医薬品卸売業の場合は記入の必要はありません。

向 精 神 薬 取 届

免許(登録証)の番号		第 号	免許(登録)年月日	年 月 日
免許(登録)の種類		病院		
向精神薬営業所、向精神薬試験研究施設又は病院等	所在地	松山市一番町4丁目4-2		
	名称	えひめ〇△病院		
事故が生じた向精神薬		品 名	数 量	
		サイレース錠 2mg	200錠	
事故発生の状況 〔事故発生年月日 場所、事故の種類〕		以下の内容について、詳しく記載してください。 ・ 事故発生日 ・ 事故発生場所 ・ 事故の内容 誰が、何をしているときに、何が起こり、その結果どうなったのか。(向精神薬の滅失、盗難、所在不明等)		
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。 令和 〇〇年 〇月 〇日 住 所 〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕 松山市一番町4丁目4-2 氏 名 〔法人にあっては、名称〕 医療法人〇〇〇〇えひめ〇△病院 院長 愛媛 太郎 愛媛県知事 〇〇 〇〇 殿				

当該施設の開設者の住所氏名を記載してください。
(法人の場合は、施設の長(病院長、支店長等)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。