

調剤済麻薬廃棄届

|  |     |       |       |       |
|--|-----|-------|-------|-------|
| 免許証の番号   | 第 号 | 免許年月日 | 年 月 日 |       |
| 免許の種類  |     | 氏名    |       |       |
| 麻薬業務所  | 所在地 |       |       |       |
|  | 名称  |       |       |       |
| 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  |     |       |       |       |
| <p>上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕</p> <p>氏 名（法人にあつては、名称）</p> <p style="text-align: right;">㊟</p> <p>三重県 保健所長 あて</p> |     |       |       |       |