

別記第 19 号様式（第 12 条の 6 関係）

調 剤 済 麻 薬 廃 棄 届					免許有効期間開始年月				
免許証の番号		第●●-●●●●号		免許年月日		令和●年 1 月 1 日			
免許の種類		麻薬管理者		氏 名		県庁薬局株式会社			
麻 薬 業 務 所		所在地		宮崎市橘通東 2 丁目 1 0 番 1 号					
		名称		医療法人社団宮崎会 県庁病院					
廃 棄 し た 麻 薬		品 名		数 量		廃棄年月日		患者の氏名	
		MS コンチン 30mg		3T		R●.4.10		○○ ○○	
		アソパック坐剤 10mg		2 個		R●.5.10		△△ △△	
		以下余白							
廃棄の方法		放流							
廃棄の理由		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		提出年月日を記載してください。							
(法人にあつては、主たる事務所の所在地)									
住 所		宮崎市橘通東 2 丁目 1 0 番 1 号							
(法人にあつては、名称)									
氏 名		医療法人社団宮崎会 理事長 薬事 一郎							
宮崎県知事		殿		個人開設の場合は個人名・住所、法人開設の場合は代表者名・所在地を記載してください。					
				※押印不要					

(注意)
用紙の大きさは、A4 とすること。