**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 |  |
| 　　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、名称及び代表者の氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長 野 県 知 事　　　殿 |

（注）用紙の大きさは、Ａ４とすること。