**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。