**麻薬年間届（麻薬研究者）**

令 和 　　 年 分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　麻薬業務所所在地

長　野　県　知　事　　　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　　　　称

令和 　　 年 　　 月 　　 日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者住所

（免許証番号） 第　　　　　　　　号 （麻薬免許の種類）　麻薬研究者　　　　氏　　　　　　名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 単位 | 期始在庫数量  前年10月1日現在 | 受入数量 | 払出数量 | 廃棄数量 | 期末在庫数量  本年9月30日現在 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）麻薬年間届記入要領、記入例を参考に記入してください。

**麻薬年間届（麻薬研究者）**

届出期間は**10月1日**から

**11月30日**までです。

令 和 　　 年 分　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　麻薬業務所所在地

長　野　県　知　事　　　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　　　　称

令和 　　 年 　　 月 　　 日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者住所

（免許証番号） 第　　　　　　　　号 （麻薬免許の種類）　麻薬研究者　　　　氏　　　　　　名

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品名 | 単位 | 期始在庫数量  前年10月1日現在 | 受入数量 | 払出数量 | 廃棄数量 | 期末在庫数量  本年9月30日現在 | 備考 |
| オキシコンチンＴＲ錠10mg注１ | Ｔ | ５００ | ２００ | ３００ | ５０ | ３５０ | R00.0.00 50錠廃棄　R00.0.00麻薬廃棄届 |
| モルヒネ塩酸塩注射液10mg注１ | Ａ | １２３ | ５００ | ６００ |  | ２３ | 1A破損　R00.0.00麻薬事故届 |
| コデインリン酸塩水和物注２ | ｇ | １０ | １００ | １００ |  | １０ |  |
| コデインリン酸塩散10%注２ | ｇ | ２００ | １０００ | １１００ |  | １００ | 原末より調製（予製） |
| アヘンチンキ注２ | mL | ３０ | ０ | １０ |  | １９ | 秤量誤差による帳簿訂正　-1mL |
| ケタラール筋注用500mg注１ | mL注３ | ０ | ２００注３ | １２８注３ |  | ７２注３ |  |
| 以下余白 |  |  |  |  |  |  |  |

注１　オキシコンチンＴＲ錠、モルヒネ塩酸塩注射液等、２種類以上の規格があるものは、区別して記入してください。

注２　コデインリン酸塩水和物等の粉剤及びアヘンチンキは必ず計量して記入してください。

注３　ケタミンのバイアル製剤については、バイアルを「mL」に換算して記入してください。（例は、20V購入して12Vと8mL施用した場合の記入例）

注４　麻薬の取扱いがなかった業務所については、「在庫受払なし」と記載する、斜線を引く等によりその旨を報告してください。

注５　麻薬事故届に伴い廃棄した数量を記入する必要はありません。