別記第１９号様式（第１２条の６関係）

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 　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　 茨城県　　　　　保健所長 殿 |

（担当者：　　　　　　　　　　　　　（所属：　　　　）連絡先：　　　　　　　　　　　　　）