

取扱課 薬務課長殿	経由機関名 茨城県保健所 (衛生課扱)	経由第 号 年 月 日
--------------	---------------------------	----------------

事故届出書

覚醒剤取締法第23条（第30条の14）の規定により、届け出ます。

〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 日立市〇〇町1-2-3

①氏 名 茨城薬局株式会社
代表取締役 茨城 太郎

茨城県知事 殿

指定の種類	覚醒剤原料取扱者		
指定証の番号	第〇〇-〇〇号	②指定年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
業務所	所在地	つくば市大角豆〇〇〇	
	名称	茨城薬局 つくば店	
事故発生日	〇〇年〇〇月〇〇日		
事故発生場所	茨城薬局 つくば店 調剤室内		
品名	数量	事故の状況	
エフトリン塩酸塩末	2g	〇〇年〇〇月〇〇日午後4時ごろ、調剤室において薬剤師〇〇〇〇が、販売する際エフトリン塩酸塩末10gの入った瓶を誤って床の上に落とし破損させてしまった。 エフトリン塩酸塩末の一部は、回収できなかった。	

<記入上の注意>

- ①申請は、覚醒剤等の指定を受けている者が行う。
- ②指定証の有効期間開始日を記入する。