調 剤 済 麻 薬 廃 棄 届

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   |  第　　　　　号 |  免許年月日 |  　　　　年　　月　　日 |  |
|   |  |  氏　　　名 |  |
|   |  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 |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |   |  |  |
|   |  |
|  　上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。 　　令和　　　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） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　群 馬 県 知 事 あて |

　（注意）

　　　用紙の大きさは、Ａ４とすること。