

麻 薬 廃 棄 届

免許証のとおり記入		免許証のとおり記入	
免許証の番号	世保生薬 第 〇〇〇号	免許年月日	年 月 日
免許の種類	麻薬小売業者	氏 名	株式会社〇〇薬局
麻薬業務所又は 麻薬の所在場所	所在地	東京都世田谷区世田谷〇丁目〇番〇号 □□ビル〇階	
	名 称	〇 〇 薬 局	
廃棄しようと する 麻 薬	品 名	数 量	
	MS コンチン錠 1 0 m g	1 0 0 T	
	MS コンチン錠 3 0 m g	4 6 T	
	リン酸コデイン 1 0 倍散	4 0 g	
	以下余白		
廃棄の年月日	〇年△月□日 保健所職員と日程調整後記入して下さい。		
廃 棄 の 場 所	〇〇薬局 東京都世田谷区世田谷〇丁目〇番〇号□□ビル〇階		
廃 棄 の 方 法	(放 流) 焼 却 細 断 粘着テープで 見えないよう包む その他 ()		
廃 棄 の 理 由	古くなっため 業務廃止 その他 ()		
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。			
年 月 日 手続きをされる際に窓口で記入してください。			
住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号			
届出義務者続柄 氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 開設者住所・氏名を記入して下さい。 株式会社 〇〇薬局 代表取締役 〇田×子			
世田谷区世田谷保健所長 あて			
連 絡 先 電話番号		()	