別記第１９号様式（第十二条の六関係）

## **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 |  |
| (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) |  |

大分県知事　　　　　　　　　　殿 |

（注意）用紙の大きさは、Ａ４とすること。