

麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第7777号	免許年月日	令和6年3月3日
免許の種類	麻薬管理者	氏名	栃木 太郎
麻薬業務所 又は麻薬の 所在場所	所在地	宇都宮市塙田1-1-20	
	名称	医療法人県庁会 塙田病院	
廃棄しようとする 麻薬	品 名	数 量	
	①オキシコンチンTR錠 5mg ②フェントステープ 1mg ③オキノーム散 2.5mg ④モルヒネ塩酸塩注射液 10mg	10錠 1枚 28包 5A	
廃棄の年月日	令和〇年〇月〇日	←廃棄後に記載	
廃棄の場所	塙田病院調剤室内	←廃棄後に記載	
廃棄の方法	①ガムテープに包んで廃棄 ②細断後廃棄 ③・④放流	←廃棄後に記載	
廃棄の理由	期限切れのため		

・品名、数量は現品と照合の上、正確に記入すること。
・単位を必ず記載すること。

上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。

令和〇年〇月〇日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）
宇都宮市塙田1-1-20
届出義務者続柄

氏名（法人にあつては、名称）
医療法人県庁会 塙田病院
病院長 栃木 花子

栃木県知事 ○○ ○○ 様

開設者又は当該麻薬診療施設の長を記載すること。

(注意)
用紙の大きさは、A4とすること。