**別記第19号様式**（第12条の6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  （法人にあっては、主たる事務所の所在地）  　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　 （法人にあっては，名称）  氏　名  宮崎県知事　　　　　　　　　殿 | | | | | | | |

（注意）

用紙の大きさは、A4とすること。