（様式第13号）

**麻薬事故届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 事故が生じた麻薬 | 品　　　　　名 | 数　　　　量 |
|  |  |
| 事故発生状況(事故発生年月日、場所、事故の種類) |  |
| 　上記のとおり事故が発生したので届け出ます。　　　　年　　　　月　　　　日　　　（〒　　　－　　　　ＴＥＬ　　　　－　　　－　　　　）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）熊本県知事　　　　　　　　　　様 |

**記入上の注意**

* 黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。
* 麻薬業務所の所在地が熊本市の場合は提出部数は１部とし、熊本市以外の場合は、2部提出してください。

　　　　（提出先）　熊本市の場合　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課

　　　　　　　　　　熊本市以外の場合：業務所所在地を管轄する保健所

* 事故発生の状況欄には、発生年月日、時間、場所、種類、事故に関与した人物の名前と確認した人の名前を含めた詳細な事故の状況を記入してください。
* 届出欄の氏名については、医療機関においては麻薬管理者名（施用者1人の施設においては施用者名）を、麻薬小売業者等で申請者が法人の場合は、名称及び代表者氏名を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | 006-004-001-001 | 主題名 | 届出又は報告に関する文書 | 保存期限 | ３年 |
| 決裁区分 | □　所長 | １　本届出書を進達してよろしいか。 | 起案　令和　　　年　　　月　　　日 |
| □　課長 | ２　本届について、受理してよろしいか。 |
| 薬務衛生課長（所長） | 審議員（次長） | （次長） | (薬事担当)(課長) | (監視麻薬担当)(主幹) | 起案者 | 課員 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 保健所受付日付印 | 保健所決裁日付印 | 保健所発送日付印 | 薬務衛生課受付日付印 | 薬務衛生課決裁日付印 |
|  |  |  |  |  |