(様式第11号)

**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 |  | |
| 麻薬業務所又は麻薬の所在場所 | 所在地 |  | | | |
| 名　称 |  | | | |
| 廃棄しようとする  麻　　　　　　薬 | | 品　　　　　名 | | | 数　　　　　量 |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
| 廃棄の年月日※ | |  | | | |
| 廃棄の場所※ | |  | | | |
| 廃棄の方法※ | |  | | | |
| 廃棄の理由 | |  | | | |
| 上記のとおり麻薬を廃棄したいので届け出ます。  　　　　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。
* 提出部数は１部です。

　　　　（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

* 届出書の氏名については、公立病院の場合は院長名を記名し、医療法人の場合は理事長名を記名してください。

・　※欄には記入せずに提出してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁区分 | □　所長 | □　課長 | | 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 |
| 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 | | |
|  |  | |  | |  | | |  |  |  | | |
| 受付日付印 | | | 決裁日付印 | | | | 起案　令和　　年　　月　　日  本届について、受理してよろしいか。 | | | | | |
|  | | |  | | | |