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 | | 令和　　年　　月　　日 | | |
| 免許の種類 | | 麻薬　　　　　者 | 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。  　令和　　年　　月　　日  住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)  氏名(法人にあつては、名称)  岩手県　　　　保健所長　様 | | | | | | | |

（注意）

　用紙の大きさは、Ａ４とすること。