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。