

「麻薬管理者」を設置している場合は、当該管理者免許に係る内容を記入すること。

「麻薬施用者」が1名のみの診療所においては、当該麻薬施用者の免許に係る内容を記入すること。

麻薬免許証の有効期間の開始日を記入すること。

### 薬廃棄届

免許証の番号	第00-000号	免許年月日	令和00年00月00日
免許の種類	麻薬管理者	氏名	琉球 花子
麻薬業務所	所在地	那覇市泉崎〇丁目〇番〇号	
	名称	〇〇病院	
廃棄しようとする麻薬	品名	数量	
	MSソチ錠 10mg デュロテップMTパッチ 2.1mg 塩酸モルヒネ注 10mg	25錠 12枚 1アンプル	
廃棄の年月日	令和00年00月00日	※ 届出を提出する際に、あらかじめ管轄保健所に連絡し、廃棄立会い日程を調整したうえで、予定日を記入すること。	
廃棄の場所	院内薬局		
廃棄の方法	錠剤は粉碎し、流水にて廃棄。 貼付剤はライナーを剥がし、粘着面を内側に二つ折りにして、ハサミで細かく切断し廃棄。 注射剤は中身を流水にて廃棄。		
廃棄の理由	MSソチ錠は調剤中、床に落とし汚染したため。 デュロテップMTパッチは期限切れのため。 塩酸モルヒネ注は、オピオイド注の指示だったところを誤って塩酸モルヒネ注のアンプルをカットしてしまった（誤調剤）。		

廃棄の方法、廃棄理由について、詳細に記入すること。

上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。

令和00年00月00日

住所（法人にあつては

那覇市泉崎1-2

届出義務者続柄

氏名（法人にあつては、名

医療法人〇〇〇会

理事長 △山 〇郎

沖縄県知事 殿

「麻薬廃棄届」の届出義務者は当該診療施設の開設者である。

麻薬診療施設の開設者の住所及び氏名を記載すること。（公的医療機関、大学病院や医療法人の場合には、診療施設の長が届け出てもよい。）

麻薬診療施設の開設者が届出を行う場合は記載の必要無し。