別記様式１３（第１０条関係）

**麻　薬　廃　棄　届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | | 第　　　　号 | | 免許年月日  (有効期間の始期) | 年　　　月　　　日 | |
| 免許の種類 | | |  | | 氏　名  （法人にあっては  法人の名称） |  | |
| 麻薬業務所又は麻薬の所在場所 | | 所在地 | 〒 | | | | |
| 名　称 | Tel | | | | |
| 廃棄しようとする麻薬 | | | 品　　名 | | | 数　　量 | |
|  | | |  | |
| 廃棄の年月日 | | | （県職員記載欄） | | | | |
| 廃棄の場所 | | | （県職員記載欄） | | | | |
| 廃棄の方法 | | | （県職員記載欄） | | | | |
| 廃棄の理由 | | | □ 陳旧化、期限切れにより使用見込がないため  □ 麻薬業務を廃止するため（廃止日：　　　年　　　月　　　日）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） | | | | |
| 上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。  　　　　年　　月　　日 | | | | | | | |
|  | 住　所 | | | （法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | |  |
|  |  | | | 〒 | | |  |
|  | 届出義務者続柄 | | | 本人　・　相続人等　　(該当に○をつける) | | |  |
|  | 氏　名 | | | （法人にあっては、名称及び代表者名） | | |  |
|  |  | | |  | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | |

(注意事項)※ 保健所等への持込みによる廃棄を行う場合は、来所時に麻薬帳簿を持参してください。

別記様式１３（第１０条関係）記載例

**麻　薬　廃　棄　届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | | 第○○○○号 | | 免許年月日  (有効期間の始期) | 令和○年○月○日 | |
| 免許の種類 | | | 麻薬小売業者 | | 氏　名  （法人にあっては  法人の名称） | 株式会社○○薬局 | |
| 麻薬業務所又は麻薬の所在場所 | | 所在地 | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市中央区市場町○-○ | | | | |
| 名　称 | 株式会社○○薬局　千葉店  Tel **○○○（○○○）○○○○** | | | | |
| 廃棄しようとする麻薬 | | | 品　　名 | | | 数　　量 | |
| アヘンチンキ  MSコンチン錠10mg  オキノーム散10mg | | | 10.0 mL  15 錠  5 包 | |
| 廃棄の年月日 | | | （県職員記載欄） | | | | |
| 廃棄の場所 | | | （県職員記載欄） | | | | |
| 廃棄の方法 | | | （県職員記載欄）  **廃棄の理由を記載してください。** | | | | |
| 廃棄の理由 | | | □ 陳旧化、期限切れにより使用見込がないため  ☑ 麻薬業務を廃止するため（廃止日：　令和　▲年　▲月　▲日）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） | | | | |
| 上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。  　　令和○年○月○日 | | | | | | | |
|  | 住　所 | | | （法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | |  |
|  |  | | | 〒○○○-○○○○  千葉県千葉市中央区亥鼻○-○ | | |  |
|  | 届出義務者続柄 | | | 本人　・　相続人等　　(該当に○をつける) | | |  |
|  | 氏　名 | | | （法人にあっては、名称及び代表者名） | | |  |
|  |  | | | 株式会社○○薬局　代表取締役　○○ ○○ | | |  |
| 千葉県知事　様 | | | | | | | |

(注意事項)※ 保健所等への持込みによる廃棄を行う場合は、来所時に麻薬帳簿を持参してください。