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 mL15 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。