

# <記入例> ※ これは記入例です。



該当する免許の種別を記入してください。

## 麻薬廃棄届

免許の有効期間の始期年月日を記入してください。

免許証の番号	第 4-5100 号	免許年月日	平成30年 4月 15日
免許の種類	麻薬 管理者	氏名	東京 花子
麻薬業務所	所在地	東京都新宿区西新宿2-8-1 都庁第一本庁舎21階	
	名称	医療法人社団東京会 都庁病院	
廃棄しようとする麻薬	品名	数量	
	MSコンチン 10mg	80T	
	塩酸モルヒネ注射液 50mg	16A	
	リン酸コデイン10倍散	40g	
	以下余白		
廃棄の年月日	これらの欄は東京都で記入しますので空欄のままです。		
廃棄の場所			
廃棄の方法			
廃棄の理由	古くなったため、業務廃止、その他（ ）		
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。			
2019 年 4月 3日		窓口に届け出る年月日を記入してください。	
住所	（法人にあっては、主たる事務所の所在地）	東京都新宿区西新宿2-8-1	
届出義務者続柄		開設者が死亡・解散した場合は相続人・清算人等の届出となります。その場合は届出義務者続柄も記入してください。	
氏名	（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）	医療法人社団東京会 理事長 薬事 一郎	
東京都知事 殿		個人開設の場合は個人印、法人開設の場合は代表者の登記印を押してください。	
東京都保健所長 殿			

開設者の届出

※ 麻薬帳簿を持参してください。

連絡先  
電話番号

03 (5321) 1111

(注) 開設者が国、地方公共団体、大学病院又は医療法人の場合は、当該麻薬診療施設の長の職名、氏名、押印によっても差し支えありません。