

有効期間の最初の日を記入

免許証の番号		第 145029999 号	免許年月日	令和 1 年 1 月 1 日
免 許 の 種 類		麻薬管理者		
麻薬業務所	所在地	浜松市〇区鴨江二丁目 11 番 2 号		
	名 称	鴨江病院		
事故が生じた麻薬		品 名	数 量	
		フェンタネスト注 0.1mg	1A (2ml)	
事故発生の状況		発生年月日：令和〇年〇月〇日 発生場所：鴨江病院北病棟 5F ナースステーション 事故の状況：15 時 30 分頃、看護師が患者 B に施用するために準備していたところ、誤ってアンプルを床に落としてしまった。 廃棄方法：薬液は全て流出し、回収不能であった。		
〔 事故発生年月日 〕 〔 場所、事故の種類 〕				
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。				
年 月 日		麻薬管理者個人の住所と氏名で届け出ること → 病院長名や開設者名ではない		
住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）※ 浜松市〇区元城町 103 番地の 2 氏 名（法人にあっては、名称）※ 元城一郎				
静岡県知事 殿				

(注意)

- 1 法人にあっては、住所はその主たる事務所の所在地を、氏名はその名称及び代表者氏名を記載すること。
- 2 ※麻薬取扱者であること。（病院等の場合は麻薬管理者の住所と氏名を記入すること。）