別記第１８号様式

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 第　　　　　　号 |  | | 年　　　月　　　日 |
|  | |  | | | |
|  | 所在地 | TEL ( ) - - | | | |
| 名　称 |  | | | |
|  | | 品　　　　　　　　名 | | 数　　　　　　　　量 | |
|  | |  | |
| （  　） | |  | | | |
| 上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。  　　　　　　年　　月　　日  　　 住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  　　　　　氏　名（法人にあっては、名称）  　　　　　　　　　殿 | | | | | |

（注意）１　麻薬管理者のいる診療施設にあっては、麻薬管理者の住所、氏名とする。

２　麻薬管理者のいない診療施設にあっては、麻薬施用者の住所、氏名とする。