

## 사고 마약류 등의 폐기 신청서

|      |     |      |    |
|------|-----|------|----|
| 접수번호 | 접수일 | 처리기간 | 7일 |
|------|-----|------|----|

|           |                             |  |                      |  |
|-----------|-----------------------------|--|----------------------|--|
| 신청인<br>정보 | 업소명                         |  | 허가종별                 |  |
|           | 연락처                         |  | 전송(FAX)              |  |
|           | 업소의 소재지                     |  |                      |  |
|           | 허가번호 ※취급자 허가를 받은 경우         |  | 취급승인번호 ※취급 승인을 받은 경우 |  |
|           | 마약류취급자식별번호 ※마약류통합관리시스템 식별번호 |  |                      |  |

|                 |    |     |      |                |        |            |      |
|-----------------|----|-----|------|----------------|--------|------------|------|
| 폐기<br>마약류<br>정보 | 연번 | 제품명 | 품목코드 | 제조번호<br>(사용기한) | 최소유통단위 | 수량<br>(단위) | 폐기사유 |
|                 |    |     |      |                |        |            |      |
|                 |    |     |      |                |        |            |      |
|                 |    |     |      |                |        |            |      |
|                 |    |     |      |                |        |            |      |
|                 |    |     |      |                |        |            |      |
|                 |    |     |      |                |        |            |      |
|                 |    |     |      |                |        |            |      |

「마약류 관리에 관한 법률」 제12조제2항 및 같은 법 시행규칙 제23조제4항에 따라 위와 같이 사고 마약류 등의 폐기를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

담당자 성명

담당자 전화번호

지방식품의약품안전청장

시·도지사

귀하

시장·군수·구청장

### 작성방법

품목코드 : 의료용 완제 마약·향정신성의약품의 경우에는 「의약품 등의 안전에 관한 규칙」 제69조제1항제9호에 따라 정한 의약품 표준코드를 적습니다. 다만, 마약류 원료 등 품목코드가 없는 경우에는 마약류통합관리시스템에서 부여한 품목코드를 적습니다.

|      |    |           |
|------|----|-----------|
| 첨부서류 | 없음 | 수수료<br>없음 |
|------|----|-----------|

210mm×297mm[백상지 80g/㎡]