麻 薬 廃 棄 届

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 第　　　　　号 | 免許年月日 | | 年　　月　　日 |
| 免許の種類 | |  | 氏　　　名 | |  |
| 麻　薬  業務所 | 所在地 |  | | | |
| 名　称 |  | | | |
| 廃棄しようとする麻薬 | | 品　　　　名 | | 数　　　　量 | |
|  | |  | |
| 廃棄の年月日 | |  | | | |
| 廃棄の場所 | |  | | | |
| 廃棄の方法 | |  | | | |
| 廃棄の理由 | |  | | | |
| 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（）  　　　　　　　　届出義務者続柄  　　　　　　　　氏名（法人にあっては，名称）  　　　殿 | | | | | |

連絡先：電話　　　　　　　担当者