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