麻　薬　廃　棄　届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 第　　　　　号 | 免許年月日 | 年　　　月　　　日 |
|  | |  | 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 | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| 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（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  届出義務者続柄  氏　名（法人にあっては、名称）  様 | | | | |

（注意）用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とすること。