麻　薬　事　故　届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | 第　　　　号 | 免許年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 免許の種類 |  |
| 麻薬業務所 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 事故が生じた麻薬 | 品　　名 | 数　　量 |
|  |  |
| 事故発生の状況　事故発生年月日，　場所，事故の種類　 |  |
| 　　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（）氏名（法人にあっては，名称）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 |