

麻薬廃棄届

免許証の番号	第 号	免許年月日	令和 年 月 日
免許の種類	麻薬小売業者	氏 名	
麻薬業務所	所在地	東京都大田区	
	名称		
廃棄しようとする麻薬	品 名	数 量	
廃棄の年月日	令和 年 月 日		
廃棄の場所	<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
廃棄の方法	<input type="checkbox"/> 放流 <input type="checkbox"/> 細断 <input type="checkbox"/> 粘着力の強いテープで包んで廃棄 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
廃棄の理由	<input type="checkbox"/> 期限切れ <input type="checkbox"/> 業務廃止 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。			
令和 年 月 日			
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）			
届出義務者続柄			
氏 名（法人にあつては、名称）			
（宛先） 大田区保健所長			
連絡先電話番号		（ ）	