別記第１１号様式（第１０条関係）

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 |  |
| 麻薬業務所又は麻薬の  所在場所 | 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（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）  茨城県　　　　　保健所長 殿 | | | | |

（担当者：　　　　　　　　　　　　　（所属：　　　　）連絡先：　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （保健所使用欄） | | |
| 執　行　者 |  | |
| 立　会　者 |  |  |