

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			
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）</p> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄</p> <p style="text-align: right;">氏 名（法人にあっては、名称）</p> <p>茨城県 保健所長 殿</p>			

（担当者： _____ （所属： _____ ）連絡先： _____ ）

（保健所使用欄）

執 行 者			
立 会 者			