

調 剤 済 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	麻薬小売業者		氏名			
麻薬業務所	所在地					
	名称					
廃棄した麻薬	品名	数量	廃棄年月日	患者の氏名		
廃棄の方法						
廃棄の理由						
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)</p> <p>氏 名 (法人にあつては、名称)</p> <p>電話番号 ()</p> <p>担当者名</p> <p>中央区保健所長</p>						

(注意)

用紙の大きさは、A4とすること。