

麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	品保生薬第 号	免許年月日	年 月 日
免許の種類	麻薬小売業者	氏 名	
麻薬業務所又は 麻薬の所在場所	所在地	東京都	
	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	放 流 焼 却		
廃棄の理由	古くなったため 業務廃止 その他（ ）		
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</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>届出義務者続柄</p> <p>氏 名（法人にあつては、名称）</p> <p>品川区保健所長 殿</p>			
		連絡先 電話番号	（ ）

(注意)

1 用紙の大きさは、A4とすること。