

調 剤 済 麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第 号	免許年月日	平成 年 月 日
免許の種類	麻薬 者	氏 名	
麻薬業務所	所在地	東京都	
	名称		
廃棄した麻薬	品 名	数 量	廃棄年月日
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>平成 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 style="text-align: right;">印</p> <p>豊島区池袋保健所長</p>			
連絡先電話番号		()	