

調劑濟麻藥廢棄届

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	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							
上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。							
年 月 日							
住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）							
氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）							
群馬県知事				あて			