

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	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				
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。 年 月 日 住 所 （ 法人にあっては、主たる事務所の所在地 ） 届出義務者続柄 氏 名 （ 法人にあっては、名称 ） 愛媛県知事 殿				

(注意)

用紙の大きさは、A 4 とすること。