

## 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			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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 ( <small>法人にあつては、主 たる事務所の所在地</small> )</p> <p style="text-align: center;">氏 名 ( <small>法人にあつては、 名 称</small> )</p> <p style="text-align: center;"><b>愛媛県知事 殿</b></p>				

(注意)

用紙の大きさは、A4とすること。