

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	麻薬小売業者	氏 名	
麻 薬 業 務 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（ ）		
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（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 届出義務者続柄 氏 名（法人にあつては、名称） 中野区保健所長 殿			
		連 絡 先 電話番号	（ ）

(注意)
1 用紙の大きさは、A4とすること。