

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