

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	郵便番号		
	名 称	電話 ()		
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;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者名)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>千葉県知事 様</p>				