

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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p style="text-align: center;">氏 名（法人にあつては、名称）</p> <p>都道府県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">担当者： 連絡先：</p>			

（注意）

用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とすること。