

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	麻薬小売業者		氏 名		
麻薬業務所	所在地	東京都板橋区			
	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					
上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。 年 月 日 住 所(法人にあっては、主たる事務所の所在地) 氏 名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名) (あて先)板橋区保健所長					
		【担当者氏名： 担当者連絡先： 】			