麻 薬 廃 棄 届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 第　　　　　　号 | 免 許 年 月 日 | 　　　　年　　月　　日 |
|  | 麻薬　　　　　者 | 氏　　　　　名 |  |
| 麻薬業務所又は麻薬の所在場所 | 所在地 | 　東京都 |
| 名　称 | 　 |
| 廃棄しようとする麻薬 |  品　　　　名 |  数　　　　量 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  　放　流、　焼　却 |
|  |  　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　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　届出義務者続柄 　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 　東　　京　　都　　知　　事　　殿 　東京都　　　　　　保健所長　　殿 |
| ※ 麻薬帳簿を持参してください。 | 電話番号 |  　　　 　（　　　　　） |

法人にあっては、主

たる事務所の所在地

法人にあっては、名

称及び代表者の氏名

（注） 開設者が国、地方公共団体、大学病院又は医療法人の場合は、当該麻薬診療施設の

　　 長の職名、氏名によっても差し支えありません。