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。