

# 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	
廃棄の年月日			
廃棄の場所			
廃棄の方法	放流、焼却		
廃棄の理由	古くなったため、業務廃止、その他（ ）		
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>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;">届出義務者続柄</p> <p>氏名〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕</p> <p style="text-align: center;">東京都知事殿</p> <p style="text-align: center;">東京都保健所長殿</p>			
※ 麻薬帳簿を持参してください。		連絡先電話番号	( )

(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。