

麻 薬 事 故 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		
麻薬業務所	所在地	東京都	
	名称		
事故が生じた麻薬	品 名	数 量	
事故発生の状況 (事故発生年月日、 場所、事故の種類)			
<p>上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。</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>東 京 都 知 事 殿</p> <p>東京都 保健所長 殿</p>			
		連絡先 電話番号	()

- (注) 1 麻薬管理者のいる診療施設にあっては、麻薬管理者の住所、氏名とする。
 2 麻薬管理者のいない診療施設にあっては、麻薬施用者の住所、氏名とする。