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 | 葛飾区 | | | | | |
| 名称 |  | | | | | |
| 廃棄しようと  する麻薬 | | 品　名 | | | | 数　量 | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
|  | | | |  | | |
| 廃棄の年月日 | | 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（　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 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（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）  葛飾区保健所長あて | | | | | | | | |
| 担当者 |  | | | 連絡先電話番号 | | |  | |