調 剤 済 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 | 　町田市 |
| 名　称 |  |
| 廃棄した麻薬 | 品　　　名 | 数量 | 廃棄年月日 | 患者の氏名 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 廃棄の方法 |  |
| 廃棄の理由 |  |
| 　上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。住　　　　所$$\left(\genfrac{}{}{0pt}{}{法人にあつては、主}{たる事務所の所在地}\right)$$届出義務者続柄氏　　　名$$\left(\genfrac{}{}{0pt}{}{法人にあつては、名}{称及び代表者の氏名}\right)$$　　　　年　　月　　日町田市保健所長　様 |
|  | 連絡先電話番号 |  |

（注意）

　１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。