

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。 年 月 日 住 所 （法人にあつては、主たる事務所の所在地） 届出義務者続柄 氏 名 （法人にあつては、名称及び代表者の氏名） 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、A 4 とすること。