

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			
麻薬業務所又は麻薬の所在場所	所在地	町田市				
	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。