

麻 藥 廢 棄 屆

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	株式会社〇〇薬品
麻薬業務所又は 麻薬の所在場所	所在地	町田市 中町△丁目△番△号 2階	
	名称	〇〇薬局　町田店	
廃棄しようと する麻薬	品　　　　 名		数　　　　 量
	〇〇錠 5mg		40錠
	以下余白		
廃棄の年月日	廃棄の年月日・場所・方法は、廃棄時に記入します。 (提出後、保健所職員が廃棄に立ち会います。)		
廃棄の場所			
廃棄の方法			
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) 東京都町田市森野〇丁目〇番〇号 7階705番 株式会社〇〇薬品 代表取締役　町田　花子 町田市保健所長　様			
連絡先 電話番号		090(××××) ××××　町田太郎	

(注意)

1 用紙の大きさは、A4 とすること。