麻 薬 廃 棄 届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 第　　　　　　　　　号 | | | 免許年月日 | | 年　　月　　日 |
|  | 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 | |
|  | | | |  | |
|  | | | |  | |
|  | | | |  | |
|  | | | |  | |
|  | | | |  | |
|  | | | |  | |
|  | 年　　　月　　　日 | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  | 放　流　　焼　却 | | | | | |
|  | 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）  町田市保健所長　様 | | | | | | |
|  | | 電話番号 |  | | | |

（注意）

１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。