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。