

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） 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。