

麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第〇〇〇〇〇〇〇号	免許年月日	〇〇〇〇年〇〇月〇〇日
免許の種類	麻薬小売業者	氏名	株式会社〇〇薬品 開設者名をご記入ください。
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。 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日 申請日をご記入ください。			
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 東京都町田市森野〇丁目〇番〇号 7階705番 届出義務者続柄 氏名 (法人にあつては、名称) 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		担当者の連絡先をご記入ください。 090 (××××) ×××× (町田太郎)	

(注意)
1 用紙の大きさは、A4 とすること。