

麻 薬 廃 棄 届

免 許 証 の 番 号		麻令和 年第 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	広島市 区		
	名 称			
廃棄しようとする麻薬		品 名	数 量	
廃 棄 の 年 月 日				
廃 棄 の 場 所				
廃 棄 の 方 法				
廃 棄 の 理 由				
備 考				
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等		(電話)		
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 氏 名 (法人にあつては、主たる事務所の所在地及び名称) (宛先) 広島市保健所長				

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します（承諾されない方はお申し出ください。）。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印		
	(受付)	(伺い)
	係	係 係長