

調 剤 済 麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	麻 薬 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	所在地	広島市 区		
	名称			
廃棄した麻薬	品 名	数 量	廃棄年月日	患者の氏名
廃棄の方法				
廃棄の理由				
備 考				
担当者所属・氏名等	(電話)			
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;"><small>(法人にあつては、主たる事務所の所在地及び名称)</small></p> <p>(宛先) 広島市保健所長</p>				

※ 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	専門員	係	係長