

麻 薬 事 故 届

免 許 証 の 番 号		麻 薬 事 故 届 号	免 許 年 月 日	年 月 日
免 許 の 種 類		麻 薬 小 売 業 者		
麻 薬 業 務 所	所 在 地	広島市 区		
	名 称			
事 故 が 生 じ た 麻 薬		品 名	数 量	
事 故 発 生 の 状 況 (事故発生年月日、場所、事故の種類)				
備 考				
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等		(電話)		
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。 年 月 日 住 所 氏 名 (宛先) 広島市保健所長 (法人にあっては、主たる事務所の所在地及び名称)				

※ 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	課長