**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 |  | 氏名 |  |
| 麻薬業務所又は麻薬の所在場所 | 所在地 |  |
| 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 |  |
| 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(法人にあたっては、主たる事務所所在地)届出義務者続柄　　氏名(法人にあたっては、名称)石川県知事　　　　　**殿** |