**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** | | | | | |