

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	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	