

## 調剤済麻薬廃棄届

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						
上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。						
年 月 日						
住所(法人にあたっては、主たる事務所所在地)						
氏名(法人にあたっては、名称)						
石川県知事 殿						