

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 | 麻薬小売業者 | 氏 名 | | |
| 麻薬業務所 | 所在地 | 東京都 | | |
| | 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 | | | | |
| <p>上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p>氏 名（法人にあつては、名称）</p> <p>新宿区保健所長 宛て</p> | | | | |
| 連絡先 電話番号 | | () | | |