

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	
麻薬業務所又は麻薬の所在場所	所在地	東京都	
	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	放 流 焼 却		
廃棄の理由	古くなったため 業務廃止 その他（ ）		
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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）			
届出義務者続柄			
氏 名（法人にあつては、名称）			
千代田区千代田保健所長 殿			
		連絡先電話番号	（ ）

(注意)
1 用紙の大きさは、A4とすること。