

# 麻 薬 事 故 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			
麻薬業務所	所在地			
	名称			
事故が生じた麻薬	品 名	数 量		
事故発生の状況 (事故発生日、 場所、事故の種類)				
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。				
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		( )		