

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						
麻薬業務所	所在地	TEL () - -				
	名称					
事故が生じた麻薬	品名	数量				
事故発生状況 (事故発生年月日 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 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)						
氏 名 (法人にあっては、名称)						
福 岡 県 知 事 殿						

- (注意) 1 麻薬管理者のいる診療施設にあっては、麻薬管理者の住所、氏名とする。
2 麻薬管理者のいない診療施設にあっては、麻薬施用者の住所、氏名とする。