

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	
麻薬業務所又は 麻薬の所在場所	所在地			
	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				
廃棄の理由				
<p>上記のとおり、廃棄したいので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）</p> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄</p> <p style="text-align: center;">氏 名（法人にあっては、名称）</p> <p style="text-align: center;">福 岡 県 知 事 殿</p>				

(注意) 用紙の大きさは、A4とすること。

担当者名 _____

連絡先TEL _____