

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		氏 名	
麻薬業務所	所在地	TEL () - -	
	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 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;">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。