

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		
	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。  <div style="text-align: center;">                     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)                 </div> 秋田県知事 あて			

連絡(担当)者名 \_\_\_\_\_

連絡先 T E L \_\_\_\_\_