

## 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		
	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: right;">住 所（法人にあつては主たる事務所の所在地）</p> <p style="text-align: right;">届出義務者続柄</p> <p style="text-align: right;">氏 名（法人にあつては名称）</p> <p>秋田県知事 あて</p>			

連絡(担当)者名 \_\_\_\_\_

連絡先TEL \_\_\_\_\_