

## 麻薬小売業者 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		
廃棄しようとする麻薬	品 名	数 量	
廃棄の年月日	令和 年 月 日		
廃棄の場所			
廃棄の方法			
廃棄の理由			
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。 令和 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）  水戸市保健所長 様			

-----  
(保健所使用欄)

執 行 者			
立 会 者			