

## 麻薬小売業者 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 所 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>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）</p> <p style="text-align: right;">氏名（法人にあっては、名称）</p> <p>水戸市保健所長 様</p>			