

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 又は麻薬の 所在場所	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） 届出義務者続柄 氏 名（法人にあっては、名称） 水戸市保健所長 様							

-----（担当者：-----連絡先：-----）
（保健所使用欄）

執 行 者		
立 会 者		