

## 麻 薬 事 故 届

免許証の番号	墨福衛生薬号 第 号	免許年月日	年 月 日
免許の種類	麻薬小売業者	氏 名	
麻薬業務所	所在地		
	名称		
事故が生じた麻薬	品 名	数 量	
事故発生時の状況 (事故発生年月日、 場所、事故の種類)			
<p>上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 〔法人にあっては、主たる 事務所の所在地〕</p> <p style="text-align: center;">氏 名 〔法人にあっては、名称〕</p> <p style="text-align: center;">墨田区保健所長 あて</p>			