

調 剤 済 麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	墨福衛生薬 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			
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: 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 へ</p>				