

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	麻薬小売業者		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						
廃棄の場所						
廃棄の方法	放 流 焼 却					
廃棄の理由	古くなったため 業務廃止 その他（ ）					
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。 年 月 日 住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 届出義務者続柄 氏 名（法人にあつては、名称） 江 東 区 保 健 所 長 殿						
			連絡先電話番号	（ ）		