

麻 薬 事 故 届

免許証の番号	第 号	免許年月日	年 月 日
免許の種類	麻薬 者		
麻 薬 業 務 所	所在地	東京都	
	名 称		
事故が生じた麻薬	品 名	数 量	
事故発生の状況 (事故発生年月日、 場所、事故の種類)			
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。			
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 称及び代表者の氏名)			
東 京 都 知 事 殿			
東京都 保健所長 殿			
		連 絡 先 電 話 番 号	()