

調 剤 済 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	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;">平成 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、名称及び代表者の氏名）</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</p> <p style="text-align: center;">長野県知事 殿</p>					

(注) 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。