

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>年 月 日</p> <p>住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p>氏 名（法人にあつては、名称）</p> <p>静岡県中部保健所長 殿</p>							

（注意）

法人にあつては、住所はその主たる事務所の所在地を、氏名はその名称及び代表者氏名を記載すること。