

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;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: right;">氏 名 (法人にあっては、名称)</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>静岡県 保健所長 殿</p>			

※ 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること