

調剤済麻薬廃棄届

免許証の番号		第 号	免許年月日		
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					
上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。 令和 年 月 日 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 氏名（法人にあっては名称） 北 海 道 知 事 殿					

連絡先：電話

担当者