

様式9

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※		麻薬 者	氏 名※	
麻薬業務所	所在地			
	名称			
廃棄しようとする麻薬		品 名	数 量	
廃棄の年月日				
廃棄の場所				
廃棄の方法				
廃棄の理由				
上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。 令和 年 月 日 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 氏 名(法人にあつては、名称) 静岡県知事 殿				

(注意)

- 1 ※は、麻薬管理者（麻薬管理者のいない施設にあつては麻薬施用者）について記載すること。
- 2 申請者の住所、氏名、押印は、国又は地方公共団体の開設する診療施設の場合は、診療施設の所在地と診療施設の名称及び診療施設の長の氏名を記載すること。
- 3 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。