

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					
上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。 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） 静岡県知事 殿					

(注意)

法人にあっては、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。