

麻 薬 事 故 届

免許証の番号		第 号	免許年月日	年 月 日
免 許 の 種 類				
麻薬業務所	所在地			
	名 称			
事故が生じた麻薬		品 名	数 量	
事故発生の状況 〔 事故発生年月日 〕 〔 場所、事故の種類 〕				
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。 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 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。

2 ※麻薬取扱者であること。（病院等の場合は麻薬管理者の住所と氏名を記入すること。）