

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。				
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、名称及び代表者の氏名）				
群馬県知事 へ				

(注意)

用紙の大きさは、A4とすること。