

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	
麻薬業務所又は 麻薬の所在場所	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）			
届出義務者続柄			
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。