

麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第 号	免許年月日	平成 年 月 日
免許の種類		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			
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄</p> <p style="text-align: center;">氏名 (法人にあつては、名称) 印</p> <p style="text-align: center;">北 海 道 知 事 殿</p>			

連絡先：電話

担当者