

麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	麻第 号	免許年月日	年 月 日
免許の種類	麻薬小売業者	氏 名	
麻薬業務所	所在地	広島市 区	
	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			
備 考			
担当者所属・氏名等	(電話)		
<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;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;"><small>(法人にあつては、主たる事務所の所在地及び名称)</small></p> <p>(宛先) 広島市保健所長</p>			

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します（承諾されない方はお申し出ください。）。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印

(受付)	(伺い)
係 専門員	係 係長