

調 剤 済 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 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			
備 考			
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等	(電 話)		

上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。

年 月 日

住 所

氏 名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地及び名称)

(宛先)

広島市保健所長

※ 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	係
専門員	係長