

## 麻 薬 事 故 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		
麻 薬 業 務 所	所 在 地	広 島 市 区	
	名 称		
事 故 が 生 じ た 麻 薬	品 名	数 量	
事 故 発 生 の 状 況 <small>(事故発生年月日、場所、事故の種類)</small>			
備 考			
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等	<small>(電話)</small>		
<p>上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。</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)	
係	専門員

(伺い)		
係	係長	課長