

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	麻薬	者	氏	名		
麻薬業務所	所在地	東京都				
	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	放流焼却					
廃棄の理由	古くなったため 業務廃止 その他（ ）					
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏名（法人にあつては、名称）</p> <p>港区みなと保健所長 殿</p>						
連絡先電話番号			（ ）			