|  |  |
| --- | --- |
| 担当者名 |  |
| 連絡先 |  |

別記第１１号様式（第十条関係）

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 | |  | 氏名 |  |
| 麻薬業務所又は麻薬の所在場所 | 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 | |  | | |
| 上記のとおり、廃棄したいので届け出ます。  　　　　　　　年　　　月　　　日  住　　所（法人にあっては、主たる事業所の所在地）  届出義務者続柄  氏　　名（法人にあっては、名称）    （宛先）  　埼玉県　　　　　保健所長 | | | | |

　（注意）

１．　用紙の大きさは、Ａ４とすること。