|  |  |
| --- | --- |
| 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。