麻 薬 廃 棄 届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 第　　　　　号 | 免許年月日 | 年　　月　　日 |  |
|  | |  | 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 |
|  | |  |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
| 上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。  　　令和　　　年　　　月　　　日  住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | | | | |
|  | 届出義務者続柄  氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）      　群 馬 県 知 事 あて | | | | |  |

（注意）

　　　用紙の大きさは、Ａ４とすること。