

麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号		第 号	免許有効期間 開始年月日	年 月 日
免許の種類		麻薬 者	氏名（法人にあ っては、名称）	
麻 薬 業務所	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				
<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>佐賀県知事 様</p>				
		連絡先電話番号		