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 |  |
| 名称 |  |
| 廃棄しようとする麻薬 | 品　　　　　　　名 | 数　　　　　量 |
|  |  |
| 廃棄の年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 廃棄の場所 |  |
| 廃棄の方法 |  |
| 廃棄の理由 |  |
| 法人にあっては、名称　上記のとおり麻薬を廃棄したいので届け出ます。　　　　　年　　月　　日法人にあっては、主たる事務所の所在地　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　届出義務者続柄　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  神奈川県知事　殿 |

（注意）用紙の大きさは、Ａ４とすること。