

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 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	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 <small>〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕</small></p> <p>届出義務者続柄</p> <p>氏名 <small>〔法人にあつては、名称〕</small></p> <p>神奈川県知事 殿</p>						

(注意) 用紙の大きさは、A4 とすること。