

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			
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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人にあっては、名称)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">奈良県知事 殿</p>			

(注意)

用紙の大きさは、A4 とすること。