

届 棄 廃 薬 麻 濟 劑 調

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						
廃棄した麻薬		品名	数量	廃棄年月日	患者の氏名		
廃棄の方法							
廃棄の理由							
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。</p> <p>令和 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>氏名（法人にあつては、名称）</p> <p>栃木県知事 様</p>							