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 | |  | 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 | |  | | |
| 上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。  　　　　　年　　月　　日  住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）  　　　　　　　　　　　　　　　　　届出義務者続柄  氏名（法人にあつては、名称）      　　栃木県知事　　　　　　　　　　　様 | | | | |

（注意）

　用紙の大きさは、Ａ４とすること。