

捨印

調剤済麻薬廃棄届

免許証の番号	第	号	免許年月日	平成 令和	年	月	日
免許の種類			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>山形県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>							

(注意) 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

担当者氏名 _____

連絡先 _____