

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	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 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;">山形県知事 吉村 美栄子 殿</p>				

用紙の大きさは、A4とすること。

担当者氏名 _____

連絡先 _____