

麻薬廃棄届



免許証の番号	第 号	免許年月日	平成 年 月 日
免許の種類	麻薬 者	氏 名	
麻薬業務所	所在地	東京都	
	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	放流、焼却		
廃棄の理由	古くなったため、業務廃止、その他（ ）		
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〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕			
届出義務者続柄			
氏名〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕			
⑩			
東京都知事殿			
東京都保健所長殿			
※ 麻薬帳簿を持参してください。	連絡先電話番号	()	

(注) 開設者が国、地方公共団体、大学病院又は医療法人の場合は、当該麻薬診療施設の長の職名、氏名、押印によっても差し支えありません。