

調剤済麻薬廃棄届

免許証の番号		第	号	免許年月日	平成	年	月	日
免許の種類				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>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 style="text-align: right;">印</p> <p>静岡県 保健所長 殿</p>								

(注意)

法人にあつては、住所はその主たる事務所の所在地を、氏名はその名称及び代表者氏名を記載すること。