麻　薬　事　故　届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | 第　　　　号 | 免許年月日 | 年　　月　　日 |  |
|  | |  | | |
| 麻薬業務所 | 所 在 地 |  | | |
| 名　　称 |  | | |
|  | | 品　　　　　　名 | | 数　　　　　　量 |
|  | |  |
| 場所、事故の種類 | |  | | |
|  |  | |  | | |  |
| 上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。  令和　　　年　　　月　　　日  住　　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  氏　　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）    群馬県知事　あて | | | | |

（注意）用紙の大きさは、Ａ４とすること。