

# 調剤済麻薬廃棄届

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						
上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。						
令和 年 月 日						
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）						
氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）						
群馬県知事 へ						

(注意)

用紙の大きさは、A4とすること。