(12)

**麻薬事故届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | | 第　　　　　　号 | | 免許有効期間  開始年月日 | | | 年　　月　　日 |
| 免許の種類 | | 麻薬　　　　者 | | | | | |
| 麻薬業務所 | 所在地 |  | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | |
| 事故が生じた麻薬 | | 品　名 | | | | 数　量 | |
|  | | | |  | |
| 事故発生の状況  （事故発生の年月日、  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。  　　　　　　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）    　佐賀県知事　様 | | | | | | | |
|  | | | 連絡先電話番号 | |  | | |