（11）

**麻薬廃棄届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | 麻薬研究者 | 氏　　名 |  |
| 麻薬業務所又は麻薬の所在場所 | 所在地 |  |
| 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 | 　 |
| 廃棄の理由 | 　 |
| 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）　　　　　　　　　　佐賀県知事　様 |
|  | 連絡先電話番号 |  |