（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 |  | | | |