

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			
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p>（届出義務者続柄）</p> <p>氏 名（法人にあつては、名称）</p> <p>佐賀県知事 様</p>			
連絡先電話番号			