

調剤済麻薬廃棄届

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 者	氏名（法人に あつては、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					
<p>上記のとおり麻薬を廃棄したので届け出ます。</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>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		