

## 麻 薬 廃 棄 届

|   |      |                    |       |
|---|------|--------------------|-------|
| 免許証の番号  | 第 号  | 免許有効期間<br>開始年月日    | 年 月 日 |
| 免許の種類   | 麻薬 者 | 氏名（法人にあ<br>っては、名称） |       |
| 麻薬業務所<br>又は麻薬の<br>所在場所  | 所在地  |                    |       |
|   | 名称   |                    |       |
| 廃棄しようとする<br>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            |       |