

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 小売業者		氏名（法人にあ っては、名称）
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
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	