

調剤済麻薬廃棄届

免許証の番号		免許年月日	年 月 日
免許の種類		氏名	
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>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 { 法人にあつては、主 たる事務所の所在地 }</p> <p style="text-align: center;">氏名 { 法人にあつては、 名称 }</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</p> <p>高知県知事 殿</p>			