

麻 薬 事 故 届

免許証の番号		免許年月日	年 月 日
免許の種類			
麻薬業務所	所在地		
	名称		
事故が生じた 麻 薬	品 名	数 量	
事故発生の状況 〔 事故発生年月日 〕 〔 場所、事故の種類 〕			
上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。 平成 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 住所 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 法人にあつては、主 たる事務所の所在地 </div> </div> <div style="text-align: center;"> 氏名 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 法人にあつては、 名 称 </div> </div> <div style="text-align: center;"> 印 </div> </div>			
高知県知事		殿	