

# 麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第 号	免許年月日 (有効期間の始期)	年 月 日
免許の種類		氏 名 (法人にあっては 法人の名称)	
麻薬業務所 又は麻薬の 所在場所	所在地	〒	
	名 称	Tel	
廃棄しようとする麻薬	品 名	数 量	
廃棄の年月日	(県職員記載欄)		
廃棄の場所	(県職員記載欄)		
廃棄の方法	(県職員記載欄)		
廃棄の理由	<input type="checkbox"/> 陳旧化、期限切れにより使用見込がないため <input type="checkbox"/> 麻薬業務を廃止するため (廃止日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <hr/> <p style="text-align: center;">届出義務者続柄 本人 ・ 相続人等 (該当に○をつける)</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者名)</p> <hr/> <p style="text-align: center;">千葉県知事 様</p>			

(注意事項) ※ 保健所等への持込みによる廃棄を行う場合は、来所時に麻薬帳簿を持参してください。

## 麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第〇〇〇〇号	免許年月日 (有効期間の始期)	令和〇年〇月〇日
免許の種類	麻薬小売業者	氏名 (法人にあっては 法人の名称)	株式会社〇〇薬局
麻薬業務所 又は麻薬の 所在場所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区市場町〇-〇	
	名称	株式会社〇〇薬局 千葉店 Tel 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
廃棄しようとする麻薬	品名	数量	
	アヘンチンキ MS コンチン錠 10mg オキノーム散 10mg	10.0 mL 15 錠 5 包	
廃棄の年月日	(県職員記載欄)		
廃棄の場所	(県職員記載欄)		
廃棄の方法	(県職員記載欄)		
廃棄の理由	<input type="checkbox"/> 陳旧化、期限切れにより使用見込がなくなったため <input checked="" type="checkbox"/> 麻薬業務を廃止するため (廃止日: 令和 ▲年 ▲月 ▲日) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<p>上記のとおり、麻薬を廃棄したいので届け出ます。</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 〒〇〇〇-〇〇〇〇 千葉県千葉市中央区亥鼻〇-〇</p> <p>届出義務者続柄 <input type="checkbox"/> 本人 ・ 相続人等 (該当に〇をつける)</p> <p>氏名 (法人にあっては、名称及び代表者名) 株式会社〇〇薬局 代表取締役 〇〇 〇〇</p> <p>千葉県知事 様</p>			

廃棄の理由を記載してください。

(注意事項) ※ 保健所等への持込みによる廃棄を行う場合は、来所時に麻薬帳簿を持参してください。