

取扱課 薬務課長殿	経由機関名 茨城県保健所 (衛生課扱)	経由第 号 年 月 日
--------------	---------------------------	----------------

別記第18号様式(第12条の5関係)

## 麻薬事故届

免許証の番号	第 号	免許年月日	年 月 日
免許の種類			
麻薬	所在地		
業務所	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。			
年 月 日			
住 所			
氏 名			
茨城県知事 殿			