

調 剤 済 麻 薬 廃 棄 届

免許証の番号	第 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	患者の氏名
廃棄の方法			
廃棄の理由			
<p style="text-align: center;">上記のとおり、麻薬を廃棄したので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>茨城県 保健所長 殿</p>			

(担当者: (所属:) 連絡先:)