

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	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>住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）</p> <p>氏 名（法人にあつては、名称）</p> <p>鳥取県知事 様</p>					