**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 | 麻薬　　　　　　者 | 　氏　　名 |  |
| 麻薬業務所又は麻薬の所在場所 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 廃棄しようとする麻　　薬 | 品　　　名 | 数　　　量 |
|  |  |
| 廃棄の年月日 |  |
| 廃棄の場所 |  |
| 廃棄の方法 |  |
| 廃棄の理由 |  |
| 上記のとおり､麻薬を廃棄したいので届け出ます。　年　　　月　　　日住　　所　(　法人にあっては、主たる事務所の所在地　) 届出義務者続柄氏　　名　(　法人にあっては、名称　　)　　　　　　　　　　　 　 奈良県知事　　 殿 |

（注意）

用紙の大きさは、Ａ４とすること。