

別記第 1 1 号様式（第十条関係）

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	年 月 日 * 管轄保健所（保健部）と事前に協議のこと * 大分市内の麻薬業務所（薬務室対応）は事前連絡不要。					
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) 氏 名 (法人にあっては、名称) 大分県知事 殿						

(注意) 用紙の大きさは、A4 とすること。