

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	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。