

麻 薬 事 故 届

| | | | | | | |
|-----------------------------------|-----|---|-------|---|---|---|
| 免許証の番号 | 第 | 号 | 免許年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 免許の種類 | | | | | | |
| 麻 薬 業務所 | 所在地 | | | | | |
| | 名 称 | | | | | |
| 事故が生じた麻薬 | 品 | 名 | 数 | 量 | | |
| | | | | | | |
| 事故発生状況 (事故発生年月日) (場所、事故の種類) | | | | | | |
| 上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。 | | | | | | |
| 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) | | | | | | |
| 愛媛県知事 殿 | | | | | | |