

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	麻薬小売業者		
麻薬業務所	所在地	東京都	
	名称		
事故が生じた麻薬	品 名	数 量	
事故発生の状況 (事故発生年月日、 場所、事故の種類)			
<p>上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。</p> <p>令和 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 style="text-align: center;">届出義務者続柄</p> <p>氏 名（法人にあつては、名称）</p> <p>（宛先） 大田区保健所長</p>			
		連絡先 電話番号	()