麻 薬 事 故 届

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 第　　　　　　　　号 | 免許年月日 | | 年　　　月　　　日 |  |
|  | |  | 氏　　　名 | |  |  |
| 麻　薬 | 所 在 地 |  | | | |  |
| 業務所 | 名 　称 |  | | | |  |
|  | | 品　　　　　　　　　名 | | | 数　　　　　　　　量 |  |
| 麻　　　　　　薬 | |  | | |  |  |
| 事故発生の状況  (事故年月日 場所､  事故の状況) | |  | | | |  |
| 上記のとおり、事故が発生したので届け出ます。  　令和　　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)  香川県知事　池　田　豊　人　殿 | | | | | |  |
| 連絡電話番号(　　　)　　　―  担当者 | |  |