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 |  |