残余麻薬届

令和　　年　　月　　日

岩手県知事　様

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

届出義務者続柄

氏名（法人にあっては、名称）

下記のとおり、残余麻薬を届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許の種類 | | 麻薬　　　　　　者 | | | |
| 免許証の番号 | | 第　　　　号 | 免許年月日 | 令和　　年　　月　　日 | |
| 氏名 | |  | | | |
| 麻薬業務所 | 所在地 |  | | | |
| 名称 |  | | | |
| 届出の事由 | |  | | | |
| 届出事由発生年月日 | | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 所有する麻薬の  品名及び数量 | | 品　　　　　名 | | | 数　　　量 |
|  | | |  |
| 備　　　考 | |  | | | |