麻　薬　事　故　届

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   |  第　　　　号 |  免許年月日 |  　　　　年　　月　　日 |  |
|   |  |
|  麻薬業務所 |  所 在 地 |  |
|  名　　称 |  |
|  　 |  　　品　　　　　　名 |  数　　　　　　量 |
|  |  |
|   　 　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。 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、名称及び代表者の氏名） 　　 群馬県知事　あて |

 （注意）用紙の大きさは、Ａ４とすること。