

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 業 務 所	所 在 地		
	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 〕			
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 へ			

（注意）用紙の大きさは、A4とすること。