向 精 神 薬 事 故 届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 免許（登録）証の番号 | | 第　　　　号 | 免許(登録)年月日 | 年　　月　　日 |
| 免許（登録）の種類 | |  | | |
| 向精神薬営業  所、向精神薬  試験研究施設  又は病院等 | 所 在 地 |  | | |
| 名　　称 |  | | |
| 事故が生じた向精神薬 | | 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　　　　　　　　　　あて | | | | |

（注意）用紙の大きさは、Ａ４とすること。