|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 取 扱 課  薬 務 課 長 殿 | 経　由　機　関　名  茨城県　　　　　保健所  　　　（衛生課扱） | 経由第　 号  年 月 日 |  |

別記第１８号様式（第１２条の５関係）

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。  　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　氏　名  茨城県知事 殿 | | | | |