麻　薬　事　故　届

<table>
<tr><td colspan="2">免許証の番号</td><td>第　　号</td><td>免許年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">免許の種類</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">麻薬業務所</td><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">事故が生じた麻薬</td><td colspan="2">品　　名</td><td>数　　量</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">事故発生の状況
（事故発生年月日
場所、事故の種類）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">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（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）

徳島県知事　　殿</td></tr>
</table>

（注意）用紙の大きさは、Ａ４とすること。