

※処理欄

## 麻薬年間届訂正願

年 月 日

長崎県知事 様

麻薬業務所所在地

麻薬業務所名称

麻薬免許の種類 麻薬免許番号 第 号

氏 名

(法人にあっては名称)

麻薬及び向精神薬取締法（第 47 条、第 48 条、第 49 条）の規定に基づく届出済みの \_\_\_\_\_ 年分の麻薬年間届について、下記理由により事実と異なる報告をしていましたので、別紙のとおり訂正をお願いします。

記

訂正理由

(注意) ※欄には記載しないこと。

※

※受付欄

※保健所受付欄

用紙の大きさは、A4 とすること。

別紙  
(誤)

品名	単位	前年 10月1日 在庫数量	前年10月1日から本年9月30日 までの		本年 9月30日 在庫数量	備考
			受入数量	払出数量		

(正)

品名	単位	前年 10月1日 在庫数量	前年10月1日から本年9月30日 までの		本年 9月30日 在庫数量	備考
			受入数量	払出数量		