

※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

(法人にあつては名称)

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 | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |