別記第４０号様式（第４５条の６関係）

麻 薬 向 精 神 薬 原 料 事 故 届

|  |  |
| --- | --- |
|  業務届出年月日 |  |
|  営業者の種類 |  |
|  麻薬等原 料営業所 |  所在地 |  |
|  名　称 |  |
|  事故が生じた麻薬 向精神薬原料 |  　　　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（法人にあっては、主たる事業所の所在地） 　　　　氏　　名（法人にあっては、名称） （あて先） 　埼玉県　　　　　保健所長 |
|  担当者名 |  |  連絡先電話番号 |  　　　　（　　　　） |

　（注意）

 　用紙の大きさは、Ａ４とすること。