**向　精　神　薬　事　故　届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免許（登録）証の番号 | 第　　　　号 | 免許（登録）年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 免許（登録）の種類 |  |
| 向精神薬営業所、向精神薬試験研究施設又は病院等 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 事故が生じた向精神薬 | 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（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、名称及び代表者の氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　長 野 県 知 事　　　殿 |

（注）用紙の大きさは、Ａ４とすること。