別記第５号様式

|  |  |
| --- | --- |
| **麻薬（　施用 ・ 管理　）** | 変更後の診療施設についてお尋ねします。１　麻薬施用者があなたを含めて何人いますか。　①　１人　　　②　２人以上２　麻薬管理者免許を取得している人はいますか。　①　いる　　　②　いない |
| 免許証の番号 | 第　　　　　　　　号 | 免許年月日 | 　　　　年 　　月 　　日 |
| 変更すべき事項（変更する項目に○） | 麻薬業務所[ 所在地・名称 ]、住所、氏名、従たる施設[ 追加・削除・変更 ] |
| 変　　　更　　　前 | 麻薬業務所 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 住　　　　　　　　所 |  |
| 氏　　　　　　　　名 |  |
| 従たる施設 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 変　　　更　　　後 | 麻薬業務所 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 住　　　　　　　　所 |  |
| 氏　　　　　　　　名 |  |
| 従たる施設 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 変更の事由及びその年月日 |  |  　　　　年　　月　　日 |
| 　　上記のとおり、免許証の記載事項に変更を生じたので免許証を添えて　届け出ます。　　　　　　年　　　月　　　日　　　　住　所　　　　氏　名 　　　　　殿 |

（注意）１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

　　　　２　変更前の欄及び変更後の欄には、該当する事項についてのみ記載すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 　担当者名　　　　　　　　　　　　　　　 | 　連絡先ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　　　 |