



麻 薬 施 用 者 免 許 証 記 載 事 項 変 更 届

免 許 証 の 番 号		第	-	号	免 許 年 月 日	平 成	年	月	日
変 更 す べ き 事 項		麻薬業務所所在地、麻薬業務所名称							
変 更 前	麻薬業務所	所在地	松江市 町 -						
		名称	松江 病院						
	住 所		[Blank]						
	氏 名		変更前・変更後の欄にはそれぞれ変更のあった事項についてのみ 記入してください。 (施用者が県内の病院に移動する場合の記載例)						
前	従たる施設	所在地	[Blank]						
		名称	[Blank]						
変 更 後	麻薬業務所	所在地	松江市 町 -						
		名称	松江 病院						
	住 所		[Blank]						
	氏 名		[Blank]						
後	従たる施設	所在地	[Blank]						
		名称	[Blank]						
変更の事由及びその年月日		県内の他の病院に異動 平成 年 月 日							

麻薬免許証の有効期限の開始日を記入

変更前・変更後の欄にはそれぞれ変更のあった事項についてのみ
記入してください。
(施用者が県内の病院に移動する場合の記載例)

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。

平成 年 月 日

届出日を記入

住 所 松江市 町 -

届出者の住所（変更があった場合は変更後住所）を記入

氏 名 松江 太郎

届出者の個人印を押印

島 根 県 知 事 溝 口 善 兵 衛 殿