

麻薬免許の番号を記入してください（医師免許証等の番号ではありません）。

条関係)

該当する免許の種類を囲んでください。

施用者(管理者) 免許証記載事項変更届

許可又は免許の番号		第〇〇〇〇〇号	許可又は免許の年月日	平成〇〇年1月1日
変更すべき事項		麻薬業務所、従たる施設		
変更前	麻薬業務所	所在地	高知市丸ノ内1丁目2番20号	
		名称	医療法人高知会 県庁病院	
	住所	〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕		
		〔法人にあっては、名称〕		
従たる施設	所在地	高知市丸ノ内〇丁目〇番〇号		
	名称	けんちょう医院		
変更後	麻薬業務所	所在地	高知市丸ノ内△丁目△番△号	
		名称	けんちょう病院	
	住所	〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕		
		〔法人にあっては、名称〕		
従たる施設	所在地	①高知市…… ②香南市……		
	名称	①〇診療所 ②△△診療所		
変更の事由及びその年月日		県内の他の病院に異動のため 平成〇〇年〇〇月〇〇日		
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。 平成〇〇年〇〇月〇〇日				
住所		〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕 高知市丸ノ内1丁目2番20号		
氏名		〔法人にあっては、名称〕 高知 花子 印		
高知県知事 尾崎 正直 殿				

麻薬免許証の有効期間開始日を記入してください。

変更のない箇所は記入不要です。

従たる施設が複数ある場合は、こちらに記載してください。

申請者本人の住所・氏名を記入し、個人印を押印してください。