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 |