別記第５号様式

|  |  |
| --- | --- |
| **麻薬（　管理 ・ 施用　）** | 　あなたの勤務する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 麻薬管理者がいます。　①　いる　　　②　いない |
|  | 第　　　　　号 | 免許年月日 | 　　　　年 　　月 　　日 |
|  |  |
| 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 |  |
|  |  　　　　　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、日本産業規格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。