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。