

該当を○で囲んでください

麻薬免許証の免許番号、
免許証の有効期間開始日
を記載してください

麻薬（**施用・管理**）免許証記載事項変更届

免許証の番号		第××××××号	免許有効期間 開始年月日	年××月××日
変更すべき事項		麻薬業務所の名称、所在地		
変更	麻薬業務所	所在地	佐賀市城内1-×-×	
		名称	医療法人佐賀会 県庁病院	
前	住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）			
	氏名（法人にあっては、名称）			
変更	麻薬業務所	所在地		
		名称		
後	住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）		佐賀市駅前×-×	
	氏名（法人にあっては、名称）		駅前県庁クリニック	
変更の事由及びその年月日		勤務先の変更（		年〇〇月〇〇日）
<p>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。</p> <p>年 〇〇月 〇〇日</p> <p>住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 佐賀市兵庫×-×-×</p> <p>氏名（法人にあっては、名称） 佐賀 太郎</p> <p>佐賀県知事 様</p>				
			連絡先電話番号	0952-25-0000

変更する項目のみ
記載してください

変更の事由及び
事由発生日を記載して
ください

申請者個人の住所、氏名を
記入してください。

（注意）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。