

該当する免許種別を記載

上部余白に所定の金額の北海道収入証紙を貼り、申請者の印鑑又は署名で消印

麻薬 施用者 免許証記載事項変更届

免許証番号		第〇〇〇〇〇号	免許年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
変更すべき事項		麻薬業務所及び従たる施設の変更		
変更前	麻薬業務所	所在地	札幌市**区〇〇条〇△丁目〇-〇	
		名称	医療法人〇〇〇 ×××病院	
変更後	麻薬業務所	所在地	札幌市××区××条△△丁目□-□	
		名称	医療法人〇〇〇 〇〇〇クリニック	
住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)		麻薬業務所所在地に同じ		
氏名 (法人にあつては、名称)		〇山 〇子		
変更前	従たる施設	所在地	該当なし	
		名称	該当なし	
変更後	従たる施設	所在地	北海道一円 (ただし、麻薬管理者を設置している施設に限る。)	
		名称		
変更の事由及びその年月日		異動により麻薬業務所を変更したため。 平成〇〇年△△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出ます。				
捨印	平成〇〇年△△月△△日	変更後15日以内に届出	申請者の住所は一律「麻薬業務所所在地に同じ」と記載	
欄外に捨印を押印	住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	麻薬業務所所在地に同じ		
	氏名 (法人にあつては、名称)	〇山 〇子 印		
必ず申請者の個人印を押印すること。				
北海道知事 殿				

麻薬免許証の免許番号、免許年月日(有効期間の始期)を記載

捨印

欄外に捨印を押印