

麻薬中毒者転帰届

平成 年 月 日

北海道知事 殿

(病院又は診療所)

所在地

名 称

(医師) 氏名

印

次のとおり、麻薬中毒者転帰の届出をします。

氏名 (ふりがな)		性別	男・女	生年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日 (歳)
住 所						
診断届年月日	平成 年 月 日					
転帰年月日	平成 年 月 日					
転帰の理由	死亡・全治・転医・その他 ()					
備 考						

連絡先: 電話

担当者