

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 号	免許年月日	平成 年 月 日
変 更 す べ き 事 項	麻薬業務所及び従たる施設の変更		
変	麻 薬 業 務 所	所在地	札幌市 ** 区 条 丁目 -
		名 称	医療法人 × × × 病院
更	住所 (法人にあっては，主たる事務所の所在地)		麻薬業務所所在地に同じ
	氏名 (法人にあっては，名称)		山 子
前	従 たる 施 設	所在地	該当なし
		名 称	該当なし
変	麻 薬 業 務 所	所在地	札幌市 × × 区 × × 条 丁目 -
		名 称	医療法人 クリニック
更	住所 (法人にあっては，主たる事務所の所在地)		麻薬業務所所在地に同じ
	氏名 (法人にあっては，名称)		山 子
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 年 月 日	

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

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。

捨印

平成 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

住 所 (法人にあっては，主たる事務所の所在地) 麻薬業務所所在地に同じ

欄外に捨印を押印

氏 名 (法人にあっては，名称) 山 子 印

必ず申請者の個人印を押印すること。

北海道知事 殿

連絡先：電話

- × ×

担当者： ×