

麻薬中毒者転帰届

平成 年 月 日

北海道知事 様

(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。

(ふりがな) 氏 名		性 別	男・女	生 年 月 日 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