

麻 薬 施 用  
管 理 者 免 許 証 記 載 事 項 変 更 届  
研 究 小 売 業

|  |       |                                       |                   |       |
|--|-------|---------------------------------------|-------------------|-------|
| 免許証の番号   |       | 第 一 号                                 | 免許年月日<br>(有効期間始期) | 年 月 日 |
| 変更すべき事項  |       | 業務所 (所在地・名称) ・従たる施設 (追加・変更・廃止) ・住所・氏名 |                   |       |
| 変<br>更<br>前  | 麻薬業務所 | 所在地                                   | 〒 東京都             |       |
|  |       | 名 称                                   |                   |       |
|  | 住 所   |                                       |                   |       |
|  | 氏 名   |                                       |                   |       |
| 従たる施設  | 所在地   | 〒 東京都                                 |                   |       |
|  | 名 称   |                                       |                   |       |
| 変<br>更<br>後  | 麻薬業務所 | 所在地                                   | 〒 東京都             |       |
|  |       | 名 称                                   | TEL ( )           |       |
|  | 住 所   |                                       |                   |       |
|  | 氏 名   |                                       |                   |       |
| 従たる施設  | 所在地   | 〒 東京都                                 |                   |       |
|  | 名 称   | TEL ( )                               |                   |       |
| 変 更 の 事 由  |       |                                       |                   |       |
| 変 更 年 月 日  |       | 令和 年 月 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>令和 年 月 日</p> <p>住 所 都道<br/>府 県</p> <p>氏 名</p> <p>東 京 都 知 事 殿<br/>東京都 保健所長 殿</p> |       |                                       |                   |       |
|  |       |                                       | 連絡先電話番号           | ( )   |

- (注意) 1 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。  
2 該当事項を○で囲んでください。

↓

変更前の麻薬業務所における麻薬施用者 : 1名・2名以上  
変更後の麻薬業務所における麻薬施用者 : 1名・2名以上