|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 取 扱 課薬 務 課 長 殿 | 経　由　機　関　名茨城県　　　　　保健所（衛生課扱） | 経由第　 号　年 月 日 |

別記第５号様式（第５条関係）

麻薬　　　者免許証記載事項変更届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | 第　　　　 　号 | 免許年月日 | 年　　月　　日 |
| 変更すべき事項 |  |
| 変　　更　　前 | 麻　薬業務所 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 　住　　　所 |  |
| 　氏　　　名 |  |
| 従たる施　設 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 変　　更　　後 | 麻　薬業務所 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 住　　　所 |  |
| 氏　　　名 |  |
| 従たる施　設 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |
| 変更の事由及びその年月日 |  |
| 　 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け出ます。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　茨城県知事　殿 |

（担当者：　　　　　　　　（所属：　　　　　　）　連絡先：　　　　　　　　　　　）

（注意）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。