|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  |

|  |
| --- |
| 麻薬中毒者転帰届 |
| 年　　月　　日  茨城県知事 殿  　　　　　　　　　　病院又は診療所の所在地及び名称  　　　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　氏　名  　　　　　　　年　　月　　日付けで届けました下記の者は、  　　　　　　　年　　月　　日転帰（死亡・治癒・転医）  　　　　したので届け出ます。  記  　住　所  　氏　名  　備　考 |

別記様式第１号

（注意）用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

　　　１　転帰の理由に○印をすること。

　　　２　転医の場合は転医先を記入すること。