

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
--------------------	---	------------------

別記様式第 1 号

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	

(注意) 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 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。