

※処理欄

## 麻薬中毒者転帰届

年 月 日

長崎県知事

様

病院又は診療所  
の所在地

病院又は診療所  
の名称

医師の住所

〒 -  
TEL - -

氏名

麻薬中毒者について 下記のとおり届出をします。

記

麻薬中毒者	氏名		男・女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 ( 歳)
	住所				
転帰の理由及び その年月日	1. 死亡	年 月 日	死亡		
	2. 転医	年 月 日		病院 へ転医 診療所	
	3. その他				
備考	( 年 月 日麻薬中毒者診断届出提出)				

(注意) ※欄には記載しないこと。

※

※受付欄

※保健所受付欄