|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| 年　　　月　　　日 | |
|  | |
| 秋田県知事　　　　　　　　　　　　　様 | |
|  | |
| 施設の所在地 | |
|  | |
| 名　称 | |
|  | |
| 氏　名（医師） | |
|  | |
|  | |
| 麻薬中毒者転帰について（届　出） | |
|  | |
|  | |
| 年　　月　　日付けで届出した次の者は、　　　　年　　月　　日転帰 | |
| （　死亡、　治ゆ、　転院　）したのでお届けします。 | |
|  | |
|  | |
| 記 | |
|  | |
| 住　　所 | |
|  | |
| 氏　　名 | |
|  | |
|  | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 備　　考 |  |
|  |  |
| （転院先） |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |