

年 月 日

秋田県知事

あて

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）