

(様式第2号)

覚醒剤施用機関の診療科名の診療廃止届出書

覚醒剤取締法施行規則第1条第1号に規定する指定基準に定める診療科名の診療を廃止したので、覚醒剤取締法第9条第2項第2号の規定により、指定証を添えて届け出ます。

年 月 日

住 所
届出義務者続柄
氏 名

印

秋田県知事 　　　　　あて

指定証の番号	第 号	指定年月日	年 月 日
業務所	所在地		
	名 称		
診療科名の診療 の廃止年月日			

備考

- 1 用紙の大きさは、A4としてください。
- 2 字は、墨又はインクを用い、楷書ではっきり書いてください。
- 3 法人の場合は住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載してください。
- 4 指定基準に定める診療を2以上併せて行う場合でその1を廃止したのみの場合には、届出を必要としません。