|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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 |  | 手数料納付額 | 審査者 |
| 金　　　　　　　円 |  |

別記第６号様式（第６条関係）

麻薬　　　　者免許証再交付申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  　免許証の番号 |  　第　　　　　号 |  免許年月日 |  　　年 　月 　日 |
|  麻　　薬 業務所 |  所在地 |  |
|  名　称 |  |
|  　氏　　　　名 |  |
|  再交付の 事由及び その年月日 |  |
|  　上記のとおり、免許証の再交付を申請します。 　　　年　　月　　日 　　　　　　　　　　　　　　住　所 　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　茨城県知事 殿 |

（担当者：　　　　　　　　（所属：　　　　　　）　連絡先：　　　　　　　　　　　）