|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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１号様式（３）（第２条関係）

覚醒剤研究者指定申請書

　 覚醒剤取締法第４条第２項の規定により覚醒剤研究者の指定を申請します。

　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　氏　名

茨城県知事 殿

|  |  |
| --- | --- |
| 研究所の所在地  及び名称 |  |
| 覚醒剤を必要  とする研究事項 |  |
| 参考事項 |  |

備考

　 参考事項欄には、月平均覚醒剤使用予想量その他参考事項を記載すること。