|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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２号様式（イ）

指 定 証 再 交 付 申 請 書

　 覚醒剤取締法（第３０条の５において準用する同法）第１１条第１項の規定により、指定証の再交付を申請します。

　　 　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　氏　名

茨城県知事 殿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定の種類 | |  | | |
| 指定証の番号 | | 第　　　　　号 | 指定年月日 | 年 　月 　日 |
| 業務所 | 所在地 |  | | |
| 名　称 |  | | |
| 再交付申請の  　事由及びその  　事由の発生  　年月日 | |  | | |