|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | 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 |  |