|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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：　　　　　　　　　　　）