

取扱課 薬務課長 殿	経由機関名 茨城県保健所 (衛生課抜)	経由第 号 年 月 日	手数料納付額 金	審査者

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			
<p>上記のとおり、免許証の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>茨城県知事 殿</p>			

(担当者： (所属：) 連絡先：)