

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 施用^① 者免許証再交付申請書

免許証の番号		第〇〇-〇〇〇号	^② 免許年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
^③ 麻 薬 業 務 所	所在地	日立市〇〇町1-2-3		
	名称	医療法人●●会 衛生課病院		
氏 名		茨城 太郎		
^④ 再 交 付 の 事 由 及 び そ の 年 月 日		^⑤ 紛失したため 〇〇年〇〇月〇〇日		
<p>上記のとおり、免許証の再交付を申請します。</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">住 所 日立市××町1234</p> <p style="text-align: right;">氏 名 茨城 太郎</p> <p>茨城県知事 殿</p>				

^⑥ (担当者: 茨城 (所属: 総務課) 連絡先: 029-〇〇〇-1111)

＜記入上の注意＞

- ①再交付する免許の種類を記入する。
- ②再交付する免許の有効期間開始日を記入する。
- ③麻薬業務所には、主たる麻薬業務所の所在地及び名称を記入する。
- ④免許証を再交付する理由及びその事由の発生日を記入する。
- ⑤免許証を紛失し、免許証の再交付を受ける場合は、顛末書を添付する。
- ⑥担当者氏名、所属、連絡先を記入する。