



麻薬 (施用 ・ **管理** ・ 研究) 者免許証再交付申請書^{※1}

免許証の番号		第○○○○号	免許年月日 (有効期間の始期)	令和○年○月○日
麻薬業務所	所在地	〒○○○-○○○ 千葉県千葉市中		
	名称	医療法人社団○ Tel ○○○ (○○) ○○○○		
氏名		○○ ○○		
再交付の事由及びその年月日		(再交付する理由) 免許証紛失のため 令和○年○月○日		
上記のとおり、免許証の再交付を申請します。 令和○年○月○日				
住所 ^{※2}		〒○○○-○○○ 千葉県千葉市美浜区○町○○		
氏名 ^{※2}		○○○ ○○○		
千葉県知事 様				

免許証の紛失により、免許証番号や免許年月日が不明の場合は空欄としてください。

申請する麻薬取扱者個人の住所、氏名を記載してください。

(注意事項)

※1 () 内の該当する免許の種類に○を付けてください。

※2 免許を受けている個人の住所、氏名を記載してください。