

別記様式 5

申請者は消印しないこと。

千葉県収入証紙 3, 200円 貼付欄		
---------------------------	--	--

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	平成 年 月 日
麻 薬 業 務 所	所在地	郵便番号	
	名 称	電話 ()	
氏 名			
再交付の事由及びその年月日	(再交付する理由) 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 (麻薬小売業者・麻薬卸売業者で法人の場合は、主たる事務所の所在地) 氏 名 (麻薬小売業者・麻薬卸売業者で法人の場合は、名称及び代表者名) 印 千 葉 県 知 事 様			

(注意)

- ※ 1 麻薬施用者・管理者・研究者にあつては、届出者個人の住所・氏名を記載し、届出者個人の印鑑(認印)を押印してください。
- ※ 2 麻薬小売業者・麻薬卸売業者で法人の場合は、主たる事務所の所在地・名称・代表者名を記載し、代表者印を押印して下さい。