

該当に○を付けてください。

麻薬（施用・管理・研究）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	福岡市博多区～～		
	名称	医療法人○○ □□病院		
氏名		福岡 太郎		
再交付の事由 及びその年月日		※破損、紛失など再交付の事由を明確に記入してください。 なお、紛失した場合、てん末書を添付してください。 ○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				
申請年月日(書類を提出される日)を記入してください。				
住所 福岡市博多区～～				
氏名 福岡 太郎				
福岡県知事 殿				

麻薬（管理・施用・研究）者免許証に記載された免許番号を記入してください。
免許年月日は有効期間の始期を記入してください。

(注意) 用紙の大きさは、A4とすること。