

手数料確認欄

麻 薬 者 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						
上記のとおり、免許証の再交付を申請します。						
年 月 日						
住 所 <small>〔法人にあっては主たる事務所の所在地〕</small>						
氏 名 <small>〔法人にあっては名称〕</small>						
神 奈 川 県 知 事 殿						

(注意)

用紙の大きさは、A4とすること。