(5)

**麻薬研究者免許証再交付申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 免許証の番号 | 第　　　　　　号 | 免許有効期間開始年月日 | 　　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 | （　　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　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　佐賀県知事　様 |
|  | 連絡先電話番号 |  |