(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 | |  | |