

該当を○で囲んでください

再交付を受ける麻薬免許証の番号、免許の有効期間開始日を記載

麻薬（**施用** 管理）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	佐賀市城内1-×-×	
	名称	医療法人佐賀会 県庁病院	
氏名	佐賀 太郎		
再交付の事由 及びその年月日	亡失したため		具体的な事由、事由の発生日 （覚知した日）を記載してく ださい。 （ 年 3月 31日）
上記のとおり、免許証を返納したいので届け出ます。 年 4月 12日 住所 佐賀市兵庫1-×-× 氏名 佐賀 太郎 佐賀県知事 様			
連絡先電話番号	0952-XX-XXXX		

具体的な事由、事由の発生日
（覚知した日）を記載してく
ださい。

（ 年 3月 31日）

申請者個人の住所、氏名を
記入してください。