

麻薬 小売業者 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（法人にあっては、名称）				
再交付の事由 及びその年月日		(年 月 日)		
上記のとおり、免許の再交付を申請します。 年 月 日 住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 氏 名（法人にあっては、名称） 佐賀県知事 様				
			連絡先電話番号	