

取扱課 薬務課長 殿	経由機関名 茨城県保健所 (衛生課扱)	経由第 号 年 月 日	手数料納付額 金	審査者
---------------	---------------------------	----------------	-------------	-----

別記第1号様式(3) (第2条関係)

覚醒剤研究者指定申請書

覚醒剤取締法第4条第2項の規定により覚醒剤研究者の指定を申請します。

年 月 日

住 所

氏 名

茨城県知事 殿

研究所の所在地 及 び 名 称	
覚醒剤を必要 とする研究事項	
参 考 事 項	

備考

参考事項欄には、月平均覚醒剤使用予想量その他参考事項を記載すること。