

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

別記第2号様式(イ)

## 指定証再交付申請書

覚醒剤取締法(第30条の5において準用する同法)第11条第1項の規定により、指定証の再交付を申請します。

年 月 日

住 所

氏 名

茨城県知事 殿

指定の種類				
指定証の番号		第 号	指定年月日	年 月 日
業務所	所在地			
	名称			
再交付申請の 事由及びその 事由の発生 年 月 日				