

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。

〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 茨城県つくば市学園南〇〇〇

氏 名 茨城 太郎

茨城県知事 殿

①指定の種類		覚醒剤原料研究者	
指定証の番号		第〇〇-〇〇号	②指定年月日 〇〇年〇〇月〇〇日
業 務 所	所在地	茨城県つくば市吾妻△△	
	名 称	〇〇研究所	
③再交付申請の事由及びその事由の発生日		紛失したため 〇〇年〇〇月〇〇日	

<記入上の注意>

- ①再交付する指定所の種類を記入する。
- ②再交付する指定証の有効期間開始日を記入する。
- ③指定証を再交付する理由及びその事由の発生日を記入する。なお、指定証を紛失し、指定証の再交付を受ける場合は、顛末書を添付する。