（様式第３号）

**麻薬（**□**施用・**□**管理・**□**小売業・**□**卸売業・**□**研究）者免許証再交付申請書**

免　許　証　の　番　号　第　　　　　　号　　免　許　年　月　日　　　　　　年　　　　月　　　日

麻　 薬　 所在地

業　務　所　 名　称

氏　　　　　　　　名

再 交 付 の 事 由 　　　　　年　　　月　　　日

及 びそ の 年 月 日

上記のとおり、免許証の再交付を申請します。

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　－　　　　TEL　　　－　　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　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、名称及び代表者の氏名）

熊本県知事　　　　　　　様

**記入上の注意**

・黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、楷書で記入してください。

・提出部数は１部。ただし、研究者・卸売業者については、２部提出してください。

　　　　（提出先）　熊本市の場合　　　：熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課

　　　　　　　　　　熊本市以外の場合　：業務所所在地を管轄する保健所

・業務内容に応じて、申請区分□内に✔印を記入してください。

・再交付の事由欄には、具体的かつ簡潔に紛失等の理由並びにその年月日を記入してください。

* 再交付の事由がき損の場合は、き損した免許証を添付し、紛失の場合は、紛失していた免許証が見つかった時には、すみやかに提出

　してください。

* 収入証紙（2,800円）は、裏面に貼付してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 分類記号 | | | 006-003-002-001 | | | | | | | 主題名 | | | | | 申請の受付及び審査等に関する文書 | | | | | 保存期限 | | | | | ５年 | | | | | |
| 決裁区分 | □　所長 | | | １　本申請書を進達してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 起案　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| □　課長 | | | ２　本申請について、免許証を再交付してよろしいか。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 薬務衛生課長  （所長） | 審議員  （次長） | | | （次長） | | | | (薬事担当)  (課長) | | | | | | (監視麻薬担当)  (主幹) | | | 起案者 | 課　　員 | | | | | | 文書審査 | | | | | 公印承認 | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |  | | | | | | 厚生省令第１４号別記第２号様式であるため  審査不要 | | | | |  | | |
| 保健所受付日付印 | | 保健所決裁日付印 | | | | | | 保健所発送日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課受付日付印 | | 薬務衛生課決裁日付印 | | | | | | | | 薬務衛生課発送日付印 | | | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  | 衛生総合情報システム受付番号（薬務衛生課） | | |  |  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |