

滋 賀 県 収 入 証 紙	受 付 印
---------------	-------

麻 薬 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 業 務 所	所 在 地		
	名 称		
氏 名			
再 交 付 の 事 由 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

住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏 名（法人にあつては、名称）

滋賀県知事 殿

担当者：
連絡先：

（注意）

用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。