

郵送送付票

送付日 令和6年 月 日

- ・主たる業務所名称：
- ・主たる業務所所在地(市)： 春日井市 小牧市
- ・希望する新しい免許証の受け取り場所
 - 春日井保健所（春日井市柏井町2-31）
 - 小牧保健分室（小牧市堀の内3丁目1番地）
- ・担当者氏名： （連絡先（ ） - ）

下記のとおり麻薬取扱者の免許申請を送付します。

記

- | | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 麻薬施用者 | 件 | <input type="checkbox"/> 麻薬管理者 | 件 |
| <hr/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 麻薬小売業者 | 件 | | |

≡切り取り線

郵送送付票（控）

※免許証受領時に必要になります。郵送送付票と同じ事項を記載し、切り取って保管してください。免許証受け取り時にはこの郵送送付票（控）と受領印を必ず持参してください。

受け渡し期間：令和6年12月16日（月）から12月27日（金）まで

送付日 令和6年 月 日

- ・主たる業務所名称：
- ・主たる業務所所在地(市)： 春日井市 小牧市
- ・希望する新しい免許証の受け取り場所
 - 春日井保健所（春日井市柏井町2-31）
 - 小牧保健分室（小牧市堀の内3丁目1番地）

- | | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 麻薬施用者 | 件 | <input type="checkbox"/> 麻薬管理者 | 件 |
| <hr/> | | | |
| <input type="checkbox"/> 麻薬小売業者 | 件 | | |