**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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □　麻薬施用者 | 件 |  | □　麻薬管理者 | 件 |
| □　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）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| □　麻薬施用者 | 件 |  | □　麻薬管理者 | 件 |
| □　麻薬小売業者 | 件 |  |