別　紙

**郵送送付票**

送付日　令和７年　　月　　日

・主たる業務所名称　：

・主たる業務所所在地： 豊川市　蒲郡市　田原市　豊橋市（〇をつけてください）

・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 |

※免許証受取希望場所（○をつけてください）

豊川保健所　　蒲郡保健分室　　田原保健分室　　豊橋市保健所　　郵送

✂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。**

※郵送受付の免許証につきましては、**令和７年１２月１５日（月）以降**に受領印と、**この郵送送付票（控）を持参**の上、受領してください。

　（郵送希望の場合は、不要です。）

　　送付日　令和７年　　月　　日

・主たる業務所名称　：

・主たる業務所所在地： 豊川市　蒲郡市　田原市　豊橋市（○をつけてください）

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

※免許証受取希望場所（○をつけてください）

豊川保健所　　蒲郡保健分室　　田原保健分室　　豊橋市保健所　　郵送