

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(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 7 年 1 2 月 1 5 日（月）から 1 2 月 2 6 日（金）まで

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(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		