様式第５（第１条関係）

指　定　証　再　交　付　申　請　書

年　　月　　日

愛知県知事　殿

住　　所

氏　　名
（名称及び代表者の氏名）

覚醒剤取締法第11条第１項の規定により、覚醒剤 施用機関／研究者 の指定証の再交付を申請します。

指定証の番号	第　　号	指定年月日	年　　月　　日

病院、診療所又は研究所	所在地	
	名　　称	
再交付申請の事由及びその事由の発生年月日		

備考　１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。
　　２　毀損した場合には、その指定証を添付すること。