

覚醒剤施用機関指定申請書

覚醒剤取締法第4条第2項の規定により、覚醒剤施用機関の指定を申請します。

年 月 日

住 所

氏 名

千葉県知事 様

病院（診療所）の 所在地及び名称	
診 療 科 名	
管 理 者 の 氏 名	
参 考 事 項	

担当者名 _____
電話番号 _____