**Cooperatives Change Authorization- Application to Add or Remove Participants**

**조합 변경 허가 참여자 추가 또는 삭제 신청서**

본 신청은 기존 조합에서 적격 환자 또는 지정 공급업자를 추가 또는 삭제하기 위한 것입니다.

* 신규 환자를 추가하려면 해당 조합에서 기존 적격 환자나 지정 공급업자가 참여를 중단한 지 6일이 경과되어야 합니다.
* 추후 추가 서류를 요청할 수 있습니다.
* 본 양식을 작성하고 이니셜 기입 및 서명한 후 스캔하여 mjcooperatives@lcb.wa.gov으로 이메일 발송하십시오.

추가 정보는 [lcb.wa.gov](http://www.lcb.wa.gov)에서 확인하십시오. 문의사항은 면허과 전화번호 360-664-1600으로 연락하십시오.

|  |  |
| --- | --- |
| 주소 | |
| 우편 주소 | |
| 조합의 주요 연락처 | 전화번호 |
| 이메일 주소 | |
| *비고: 위에 기재된 사람에게 주류 및 대마초국에서 본 신청서 작성을 위해 연락을 취하거나 현장에서 연락을 취할 수 있습니다. 연락처를 제공한 적격 환자 또는 지정 공급업자가 참여를 중단한 경우 주류 및 대마초국에 알리십시오.* | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 참여자 및 지정 공급업자 이름 | 생년월일 | 우편 주소 | 지정 공급업자 여부 |
|  |  |  | 예  아니요 |
|  |  |  | 예  아니요 |
|  |  |  | 예  아니요 |
|  |  |  | 예  아니요 |

본 신청서 1페이지에 기재된 참여자 및 지정 공급업자가 각각 서명하고 날짜를 기입해야 합니다.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 서명 |  | 날짜 |
| 이름 |  |  |
| 서명 |  | 날짜 |
| 이름 |  |  |
| 서명 |  | 날짜 |
| 이름 |  |  |
| 서명 |  | 날짜 |
| 이름 |  |  |