

許 可 証 再 交 付 申 請 書

業 務 の 種 別			
許 可 番 号 及 び 年 月 日	第	号	年 月 日
薬局、店舗又は営業所	名 称		
	所 在 地		
再 交 付 申 請 の 理 由			
備 考	担当者名() 連絡先()		

上記により、許可証の再交付を申請します。

年 月 日

住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

(あて先) 一宮市保健所長

保 健 所 収 受 印	領 収 済 印	許 可 証
	_____円	年 月 日 受領者氏名 _____

(記載上の留意事項)

- 1 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書いてください。
- 2 業務の種別欄には、薬局、薬局製造販売医薬品製造販売業、薬局製造販売医薬品製造業、店舗販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業の別を記載してください。

(添付書類)

破損、汚損の場合はその登録票