

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 平成・令和 年 月 日 |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所 | 名 称 | |
| | 所在地 | |
| 再交付申請の理由 | | |
| 備 考 | | |

上記により、許可証の再交付を申請します。

令和 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)

和歌山市保健所長 様

連絡先 TEL _____