

薬局、店舗販売業、卸売販売業など該当する許可の種類を記載

許可証再交付申請書

許可の有効期間の始期を記載
(許可の証明年月日ではない)

業 務 の 種 類	薬 局
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	札幌××第○○○○号 平成△△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 ××薬局 ○○店
	所在地 札幌市××区○○条○○丁目△-△ ○○ビル○○階
再交付申請の理由	平成××年××月××日、大掃除の際、誤って焼却した。
備 考	具体的に記載

上記により、許可証の再交付を申請します。

平成××年××月×△日

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

東京都××区○○-△-△

捨印を押印

捨印

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

株式会社××薬局

法人の場合は、代表者印を押印

代表取締役 ○○ ×× 印

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先： 電話 ○○○×××-×○×○ 担当者 ○○ ××

手数料	受付印
4,000円	
領収印	