

# 許可証書換え交付申請書

上部余白に所定の金額の北海道収入証紙を貼り、申請者の印鑑又は署名で消印

業 務 の 種 別		配置販売業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		××○○○ 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	北海道一円	
	所在地		
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
	法人名称	○○株式会社	××株式会社
変更年月日		平成××年××月××日	
備 考			

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)

「店舗名称」は空欄とすること

上記により、許可証の書換え交付を申請します。

平成××年××月×△日

捨印を押印

捨印

住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

札幌市××区○○-△-△

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

××株式会社

変更後の名称を記載

代表取締役 ○○ ××

印

法人の場合は、代表者印を押印

(あて先) 北海道知事

連絡先： 電話 ○○○-×××-×○×○ 担当者 ○○ ××