

## 許可証再交付申請書

業 務 の 種 別			
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		
	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。

平成 年 月 日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

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, 0 0 0 円	
領収印	