

郵便等販売届書

許可番号及び年月日		平成 年 月 日
薬局又は店舗	名称	
	所在地	
販売を行う場所の構造設備の概要		
販売方法の概要		
備考		

上記により、郵便等販売の届出をします。

平成 年 月 日

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあっては、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