

許可証再交付申請書

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	
	所在地	北海道一円
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		

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

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

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

代表取締役 ○○ ××

法人の場合は、
代表者印を押印

印

(あて先) 北海道知事

連絡先： 電話 ○○○-×××-×○×○ 担当者 ○○ ××