

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）。

様式第四

許可証再交付申請書

業務の種類別	医薬品製造業	
許可番号及び年月日	第9-000号 平成00年00月00日	
薬局、製造所、営業所又は店舗	名称	鴨江薬局
	所在地	浜松市中区鴨江2-11-2
再交付申請の理由	紛失のため	
備考		

上記により、許可証の再交付を申請します。

令和00年00月00日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

浜松市中区鴨江2-11-2

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社 鴨江薬局

代表取締役 鴨江太郎

（あて先）浜松市保健所長

・手数料¥2,900