

## 許可証再交付申請書

業 務 の 種 別					
許可番号及び年月日	第            号                            年        月        日				
薬局、製造 所、営業所 又は店舗	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">名 称</td> <td style="width: 85%;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">所 在 地</td> <td></td> </tr> </table>	名 称		所 在 地	
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。

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）

（あて先）浜松市保健所長

・手数料¥2,900