

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		店舗販売業	薬局、店舗販売業、卸売販売業等の種別	
許可番号及び年月日		第 21-0000号	令和00年00月00日	現在の許可の有効期間の開始日を記入する
薬局、製造所、営業所又は店舗	名称	鴨江薬品		
	所在地	浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号		
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）

浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号

開設者の住所・氏名を記入

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

【添付書類】 なし

【手数料】 ¥2,900