許可証再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 許可番号及び年月日 | 　　年　　月　　日 |
|
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事業所 | 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()

　　　　　　　　　　氏名()　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　市立函館保健所長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：　電話　　　　　　　　　　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 手数料（現金） | 受付印 |
| ２，９００円 |  |
| 領収印 |
|  |