

許可証再交付申請書

業 務 の 種 別		
許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日	札幌医許可(薬)第	号
	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。

令和 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) 札幌市保健所長

連絡先： 電話 担当者

手数料	受付印
4, 000円	
領収印	