

許可証書換え交付申請書

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		
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
変更年月日		令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
備 考			

上記により、許可証の書換え交付を申請します。

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
2, 400円	
領収印	