

薬局、店舗販売業、卸売販売業
など該当する許可の種類を記載

許可証再交付申請書

業 務 の 種 別		薬 局
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 〇〇〇〇〇 号 令和元年△△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	××薬局 〇〇店
	所在地	札幌市××区〇〇条〇〇丁目△-△ 〇〇ビル〇〇階
再交付申請の理由		令和××年××月××日、薬局内の文書整理の際、 誤ってシュレッダーで裁断した。
備 考		

許可の有効期間の始期
を記載

具体的に記載

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 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 東京都××区〇〇-△-△

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 株式会社××薬局
代表取締役 〇〇 ××

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先： 電話〇〇〇-×××-×〇×〇 担当者 〇〇 ××

手数料	受付印
4, 0 0 0 円	
領収印	