

許可証再交付申請書

業 務 の 種 別	薬局・薬局製剤製造販売業・薬局製剤製造業	
許 可 番 号 及 び 年 月 日	第11A00000号 令和〇年〇月〇日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は営業所	名 称	〇〇薬局
	所在地	堺市堺区南瓦町3-1
再 交 付 申 請 の 理 由	破損のため	
備 考	営業所・店舗 TEL : 072-222-9940	

上記により、許可証の再交付を申請します。

令和〇年〇月〇日

住所〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地 〕 堺市堺区南瓦町3-1

氏名〔 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 〕 株式会社 堺市
代表取締役 堺市 薬太

堺 市 長 殿

〔連絡先〕 担当者名： 堺市 薬子
電話番号： 072-222-9940