

許可証書換え交付申請書

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	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	営業者の氏名	株式会社サカイ	株式会社堺市
変 更 年 月 日	令和〇年〇月〇日		
備 考	営業所・店舗 TEL : 072-222-9940		

上記により、許可証の書換え交付を申請します。

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