許可証再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 |  |
| 許 可 番 号 及 び 年 月 日 |  　第　　　　　　　号　　　　　 　　 年 　　 月 　　 日 |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は営業所 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 再交付申請の理由 |  |
| 備　　　考 | 　　　　　　　　営業所・店舗TEL： |

上記により、許可証の再交付を申請します。

　　年　　月　　日

住所〔　　〕

氏名〔　　〕

堺　市　長 　殿

〔連絡先〕担当者名：

電話番号：