

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）。

様式第四

許可証再交付申請書

| | | |
|----------------|---------|---------------------|
| 業務の種類別 | 薬局 | |
| 許可番号及び年月日 | 第〇-〇〇〇号 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 |
| 薬局、製造所、営業所又は店舗 | 名称 | 鴨江薬局 |
| | 所在地 | 浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号 |
| 再交付申請の理由 | 紛失のため | |
| 備考 | | |

薬局、店舗販売業、卸売販売業等の種別

現在の許可の有効期間の開始日を記入する

上記により、許可証の再交付を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号

開設者の住所・氏名を記入

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社鴨江薬局
代表取締役 鴨江太郎

（あて先）浜松市保健所長

【添付書類】なし

【手数料】¥2,900