

様式第四

許可証再交付申請書

業 務 の 種 類		薬局	許可番号 第	号・	年	月	日
許 可 番 号 及 び 年 月 日		薬局製剤製造業	許可番号 第	号・	年	月	日
		薬局製剤製造販売業	許可番号 第	号・	年	月	日
		店舗販売業	許可番号 第	号・	年	月	日
		高度管理医療機器等販売業・貸与業	許可番号 第	号・	年	月	日
薬局、主たる 機能を有する 事務所、製造 所、営業所又 は店舗	フリカ ^ナ 名 称	(電話)					
	所在地	〒					
再交付申請の理由							
備 考							

上記により、許可証の再交付を申請します。

年 月 日

住 所 〒
(法人にあつては、主
たる事業所の所在地)

氏 名
(法人にあつては名称
及び代表者の氏名)

寝屋川市長 様

【連絡先】 担当者名 :
電話番号 :