|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **許可証再交付申請書** | | |
| 業務の種別 | |  |
| 許可番号及び年月日 | |  |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事業所 | 名称 |  |
| 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、主たる事務所の所在地 |  |
| 氏名 | 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 |  |

福井市長　　殿