

様式第四

許可証再交付申請書

| | | |
|---|-----|----------------------------------|
| 業 務 等 の 種 別 | | |
| 許可番号、認定番号、登録番号、 基準適合証番号又は基準確認 証 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、営業所 又 は 事 業 所 | 名 称 | |
| | 所在地 | |
| 再 交 付 申 請 の 理 由 | | |
| 備 考 | | 担当者氏名： 連絡先： |

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

(宛先) 東大阪市長