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

法人にあつては、主たる事務所の所在地

法人にあつては、名称及び代表者の氏名

住所

氏名

（宛先）東大阪市長