様式第四

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、営業所  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

法人にあっては、主たる事業所の所在地

氏　名

法人にあっては名称及び代表者の氏名

吹田市保健所長　様

〔連絡先〕　担当者名：

　　　　　　電話番号：