年　　月　　日

吹田市保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　薬局所在地

　　　　　　　　　　　　　　　薬局名称

　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

紛失理由書

（紛失理由）

薬局開設

薬局製剤製造販売業

薬局製剤製造業

この度、　　　　　　　　　　　　の 許可証 を

のため紛失しました。

　今後、このようなことがないよう十分注意し管理しますので、今回に限りよろしくお取り計らい願います。

　なお、紛失した許可証を発見した場合は速やかに返却する旨誓約します。