

許可証再交付申請書

(宛先)
広島市保健所長

〒 電話
住所
氏名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり、許可証の再交付を申請します。

業 務 の 種 別 (該当する項目に☑してください。)		☐ 薬局 ☐ 薬局製造販売業 ☐ 薬局製造業 ☐ 店舗販売業 ☐ 卸売販売業 ☐ 高度管理医療機器等販売業・貸与業 ☐ 薬種商販売業 ☐ 特例販売業 ※業種ごとに提出してください。	
許 可 番 号 及 び 年 月 日		(有効期間開始日) 第 号 年 月 日	
薬局、製造所、 店舗又は営業所	名 称		
	所 在 地	〒 (電話) 広島市 区	(FAX)
再 交 付 申 請 の 理 由			
備 考			
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等		(電話)	

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します（承諾されない方はお申し出ください。）。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	(受付)		(伺い)				
	係	専門員	係	係長	照合	公印	施行