

許可証再交付申請書

(宛先)
広島市保健所長

〒 電話
住所
氏名

(法人にあつては、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。)	<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売業 <input type="checkbox"/> 薬局製造業 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 卸売販売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業・貸与業 <input type="checkbox"/> 薬種商販売業 <input type="checkbox"/> 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 〒 (電話) (FAX) 広島市 区
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)	照合	公印	施行
	係	係			
	専門員	係長			