

許 可 証 再 交 付 申 請 書

業 務 の 種 別		
許可番号及び年月日		第 号 年 月 日
薬局、製造所、 営業所又は店舗	名 称	電話 ()
	所在地	〒
再交付申請の理由		紛失、き損、汚損、その他 ()
備 考		【店舗販売業のみ】 (店舗管理者) 薬剤師・登録販売者 (店舗管理者を補佐する薬剤師の設置あり・なし)

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、主たる事務所の所在地〕
氏 名
〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕

(申請者電話番号：)

大阪市長