

## 許可証再交付申請書

|                                 |                   |   |
|---------------------------------|-------------------|---|
| 業 務 の 種 別                       | 店舗販売業             |   |
| 許可番号及び年月日                       | 第 号 平成 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                             | 担当者<br>電話番号 ( ) - |   |

上記により、許可証の再交付を申請します。

平成 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 ) \_\_\_\_\_ (印)

石川県知事  
石川県保健所長

殿  
殿