様式第四

許可証再交付申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務の種別 | |  |
| 許可番号及び年月日 | |  |
| 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 | |  |

上記のとおり、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)

盛岡市保健所長　　様