

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 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