様式第四

許可証再交付申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業務の種別 | |  |  |
| 許可番号、認定番号又は  登録番号及び年月日 | |  |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事務所 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 再交付申請の理由 | |  |
| 備　　　　　　　考 | |  |

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

　いわき市長　　　　　様

連絡先（電話）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名