

旧様式第四

許可証再交付申請書

業務の種類別		既存配置販売業
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第 号 平成・令和 年 月 日
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事業所	名称	_____
	所在地	東京都 一 円
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。

令和 年 月 日

住所
(法人にあつては、主たる
事務所の所在地)

氏名
(法人にあつては、名称
及び代表者の氏名)

東京都知事殿

担当者名

電話番号