

麻薬 小売業者 免許証再交付申請書

免許証の番号		第〇〇〇〇〇〇号	免許有効期間 開始年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
麻薬 業務所	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 佐賀市城内1-〇-〇〇		
	名称	薬務課薬局		
氏名（法人にあっては、名称）		有限会社 薬務課薬局		
再交付の事由 及びその年月日		免許証を紛失したため (〇〇年〇〇月〇〇日)		
上記のとおり、免許の再交付を申請します。				
〇〇年〇〇月〇〇日				
住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）		佐賀市城内1-〇-〇〇		
氏名（法人にあっては、名称）		有限会社 薬務課薬局 代表取締役 薬務太郎		
佐賀県知事 様				
連絡先電話番号		0952-25-〇〇〇〇		

再交付を受ける麻薬免許証の番号、免許の有効期間開始日を記載すること。

届出者の住所、氏名（法人にあっては、法人の主たる事務所の所在地、名称）を記入すること。