

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		第 号 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）

（あて先）宇都宮市保健所長

〔 連絡先 電話番号 \_\_\_\_\_  
担当者名 \_\_\_\_\_ 〕

手数料 2,900 円

（宇都宮市収入証紙貼付）

（注意） 許可証を破り、汚したときは、その許可証を添付すること。