様式第四

許可証再交付申請書

業務等の種別	
許可番号及び年月日	第　　号　　年　　月　　日
薬局の名称	
薬局の所在地	
再交付申請の理由	
備考	TEL:　　FAX:

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〕

（宛先）高槻市長