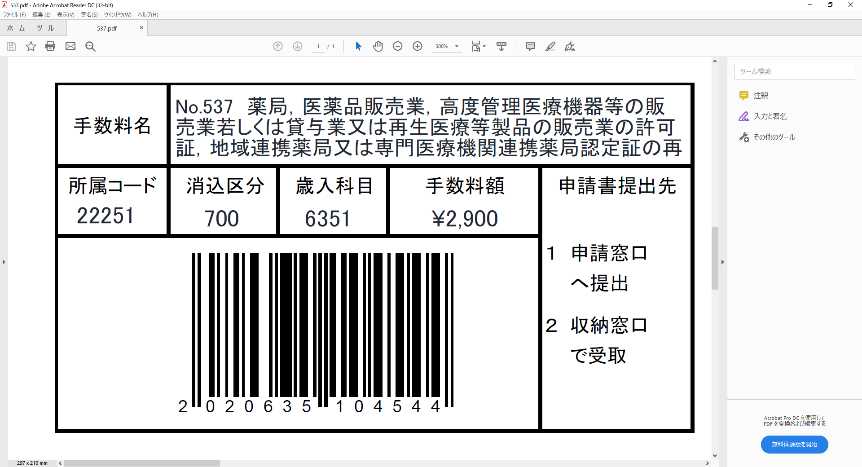
****

**許可証**

**認定証**

**再交付申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業　務　の　種　別 | |  |
| 許可番号、認定番号及び年月日 | |  |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 再交付申請の理由 | |  |
| 備　　　　　　　考 | |  |

許可証

認定証

上記により、　　　の再交付を申請します。

　　年　　月　　日

法人にあっては、主たる事務所の所在地

住　所

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

氏　名

広島県知事　様

広島県　　保健所長　様