旧様式第四

許可証再交付申請書

捨印

業務の種別		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　　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。

平成　　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）　　印

東京都知事殿

担当者名　　電話番号