

様式第四（第五条、第十条の七、第二十二條、第二十九條、第三十四條の六、第五十三條の七、第一百四十四條の五、第一百四十四條の十二、第一百四十四條の三十六、第二百二十四條、第三百七十七條の五、第三百七十七條の十二、第三百三十九條の三十七の七、第八百八十四條關係）

許 可 証
認 定 証

再 交 付 申 請 書

| | |
|--------------------------------------|-------|
| 業 務 等 の 種 別 | |
| 許可番号、認定番号、登録番号、基準適合証番号又は基準確認証番号及び年月日 | |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は営業所 | 名 称 |
| | 所 在 地 |
| 再 交 付 申 請 の 理 由 | |
| 備 考 | |

上記により、
許 可 証
認 定 証

の再交付を申請します。

年 月 日

住 所 〔 法人にあつては、主
たる事務所の所在地 〕

氏 名 〔 法人にあつては、名
称及び代表者の氏名 〕

栃 木 県 知 事

様

担当者：

電話番号：