

麻薬免許証の有効期間開始日を記入してください。

麻薬 小売業者免許証再交付申請書

免許証の番号	第〇〇〇〇〇〇号	免許証年月日	平成〇〇年1月1日
麻薬業務所	所在地	高知市丸ノ内1丁目2番20号	
	名称	けんちょう薬局 高知店	
氏名	株式会社 県庁調剤薬局		
再交付の事由及びその年月日	紛失のため 平成〇〇年〇〇月〇〇日		

上記のとおり、免許証の再交付を申請します。

再交付理由を具体的に記入ください。

- (例) ・き損のため
- ・亡失（紛失）のため

平成〇〇年〇〇月〇〇日

住所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

高知市丸ノ内1丁目2番20号

氏名

法人にあっては、名称

株式会社 県庁調剤薬局
代表取締役 県庁 太郎 印

高知県知事 尾崎 正直 殿

法人の場合は、登記された代表者の印鑑を押印してください。