

薬 局  
店舗販売業  
卸売販売業  
販売業 管理者兼務許可証再交付申請書  
高度管理医療機器等  
貸与業  
再生医療等製品販売業

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者 住 所  
氏 名

下記により、再交付を申請します。

記

管理している 薬局、店舗又 は 営 業 所	名 称	
	所在地	
兼 務 を 許 可 さ れ た 業 務	名 称	
	所在地	
	内 容	
許可番号及び年月日	第 号	年 月 日
再交付申請の理由		
備 考		

注 申請しない箇所は二重線で消すこと。