薬１５号

　　　管理者兼務許可証再交付申請書

年　　月　　日

　福岡市保健所長

住所

申請者

氏名

印

　次のように管理者兼務許可証の再交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理している薬局、店舗  又は営業所 | 業務の種別 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 兼務しようとする薬事に関する実務 | 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 | |  |