管理者兼務許可書再交付申請書

　年　　月　　日

　奈良市保健所長

申請者　住　　所

氏　　名

　 　 電　　話

下記により、管理者兼務許可書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 | 許可番号及び  許可年月日 | 第　　　　　号 　 ・　 　 　　　年 　　月 　　日 |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 管理者兼務許可書の  奈良市指令番号及び年月日 | | 奈良市指令　第　　　　号 ・ 　　　　年　　月　　日 |
| 兼務する場所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 兼務する実務の内容 |  |
| 再交付申請の理由 | |  |
| 備考 | |  |