

令和XX年XX月XX日

福岡県保健医療介護部薬務課長 殿

申請者 (住所) 福岡市博多区東公園7番7号

(氏名) 福岡 太郎

福岡

下記のとおり相違ないことを証明してください。

薬種商販売業の許可

- 1 開設者氏名 ○○○○
- 2 店舗の名称 ○○○○
- 3 適格者氏名 ○○○○
- 4 許可年月日 令和X年X月X日
- 5 許可番号 第○○○○○号
- 6 有効期間 ○○年○○月○○日～○○年○○月○○日
- 7 廃止期間 ○○年○○月○○日

手数料の減免を希望する

- 1 住所、氏名をご記入の上、太枠内に証明する内容を記入してください。
- 2 手数料の減免を希望する場合は、にレを記入してください。

これより下は記入しないこと (交付用も同様)

減 免	(受付所属確認欄) 規則第6条第1項第 号 要綱別表2第 号 に該当	により確認
	非該当	
手 数 料	証明書の内容 件 (枚) 単 価 円・計 円	

備考 印鑑を持参していない場合は、氏名を必ず自署させること。