

登録票再交付申請書

登録番号及び 登録年月日	〇〇福〇〇第〇〇〇〇号 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ※有効期間の始期を記載すること。	
店 舗	所在地	福岡県福岡市博多区東公園7番7号
	名称	福岡薬局
再交付申請の理由	破損のため（汚したため、紛失のため等）	
備 考		

一般販売業

上記により、毒物劇物 農業用品目販売業 登録票の再交付を申請します。
特定品目販売業

令和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）

福岡県福岡市博多区東公園7番7

氏 名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社福岡薬局

代表取締役 福岡 太郎

福岡県知事 殿

担当者名：福岡 太郎

電話番号：092（643）3286

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 附則第3項に規定する内燃機関用メタノールのみを取り扱う特定品目販売業にあつては、その旨を備考欄に記載すること。