

紛失届

年 月 日

佐世保市保健所長 様

住 所

氏 名

私は、下記許可証を管理不十分のため紛失しましたが、今後かかることがないように注意いたしますので、よろしくお願ひいたします。

記

許可の種類別	薬 局
許可番号及び年月日	第 号 年 月 日
店舗の名称	
店舗の所在地	