様式１１（新配置）

許可証再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務等の種別 | 配置販売業 |
| 許可番号及び年月日 | H第　　　　号　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 営業区域 | 佐賀県一円 |
| 再交付申請の理由 |  |
| 備考 |  |

上記により、許可証の再交付を申請します。

年　　　月　　　日

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

住　所

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

氏　名

**佐賀県知事　　　　様**

|  |
| --- |
| 申請者のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。  ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県個人情報保護方針http://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。  お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |