

(千葉県提出用)

薬種商販売業許可等証明願

年 月 日

(都道府県主管課長等)

様

住 所

氏 名

下記許可事項等について証明願います。

記

店舗の名称

所在地

許可年月日

薬種商氏名 (販売従事登録申請者)

上記許可事項等について相違ないことを証明します。

年 月 日

(都道府県薬務主管課長等)

印