薬種商販売業許可等証明願

|  |  |
| --- | --- |
| 許可番号 |  |
| 許可年月日 |  |
| 店舗名称 |  |
| 店舗所在地 |  |
| 薬種商氏名（みなし合格者） |  |

上記許可事項等について証明をお願いします。

令和　　年　　月　　日

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　印

　鹿児島県知事　殿

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　 　年　 　月　 　日

 鹿児島県知事