

藥局（藥商、醫療器材商）許可執照遺失（污損）補（換）發申請書

藥局 藥商名稱 醫療器材商				執照號 碼	
負責人姓名		出生 年月日		身分證字號	
地 址					
備 註					

申請人： _____ 簽章

聯絡電話： _____

通訊地址： _____

申請日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※領件方式：至局領取-電話：

郵寄-地址：

註：申請應檢附之文件如下：

- 一、申請書。
- 二、污損換發者原領之藥局（藥商、醫療器材）執照。
- 三、切結書。（換發者免備）
- 四、負責人身分證正反面影本。
- 五、規費壹仟元。
- 六、申請書及所附文件須蓋大小章。

若有疑義請洽宜蘭縣政府衛生局 03-9322634 食品藥物管理科

地址：260 宜蘭市女中路二段 287 號