檔　　號：040108　　案次號：01
保存年限：10　　卷次號：
檔案應用：限制開放　　目次號：

宜蘭縣藥師（藥劑生）復業申請書

申請日期：　　年　　月　　日

姓　　名		性　別		出生年月日	民國　　年　　月　　日	
聯絡電話				身分證字號		
通訊地址						
申請類別	□ 復業：自民國　年　月　日起。					
執業場所名　　稱				執業場所負責人姓名		
執業場所地　　址				執業場所電　　話		
檢附文件	□ 復業證明文件。				申請人	(簽章)
領件方式	至衛生局領取：聯絡電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 郵寄至　□通訊地址　□執業場所地址					

擬　　辦	批　　示
承辦人　　科室主管	第三層決行 局長 縣長