

# 臺南市 藥商復業登記申請書

藥商 名稱		藥商許可 執照字號	販 南(市、縣)藥字第 製 號	
營業 地址	臺南市 區 里 路街 段 巷 弄 號 樓	營業 電話	(06) 09-	
公文 領件 方式	<input type="checkbox"/> 郵寄，同營業地址。 <input type="checkbox"/> 郵寄，通訊地址：_____。 <input type="checkbox"/> 自取，聯絡人及電話：_____。			
申請 事項	復業時間	復業原因	備註	
	自民國 年 月 日起復業			
申 請 者	(加蓋藥商及負責人章)		<b>【應檢具資料】</b> <input type="checkbox"/> 1. 申請書1份。 <input type="checkbox"/> 2. 營業地址、場所、貯存藥品倉庫及 主要設備平面略圖1份。 <input type="checkbox"/> 3. 自我查檢表1份。 <input type="checkbox"/> 4. 藥品管理人執業申請書及相關資格 證明文件各1份。 <input type="checkbox"/> 5. 委託書及受託人身份證影本1份。	
	申請日期： 年 月 日			