

臺南市政府 藥師(生)執業執照補發申請書

藥師 (生) 姓名		藥師 (生) 執照字 號	南市衛藥師(生)字 第 號
執業 地址	臺南市 區 里 路街 段 巷 弄 號 樓	連絡 電話	
公文 及執 照領 取方 式	<input type="checkbox"/> 郵寄，同執業地址。 <input type="checkbox"/> 郵寄，通訊地址：_____ <input type="checkbox"/> 自取，聯絡人姓名及電話：_____		
申請 補發 事項	補 發 原 因	備 註	
【應檢具資料】 <input type="checkbox"/> 1. 申請書1份。 <input type="checkbox"/> 2. 藥師(生)證書影本1份。 <input type="checkbox"/> 3. 遺失切結書1份。 <input type="checkbox"/> 4. 在職證明正本1份。 <input type="checkbox"/> 5. 最近3個月內之1吋正面脫帽半身照片1張。 <input type="checkbox"/> 6. 規費新台幣300元整(郵寄匯票抬頭：臺南市政府衛生局)。		申 請 者 (加蓋：申請人印章) 申請日期：中華民國 年 月 日	