

제 호

의약품 도매상 허가증

1. 허 가 번 호:
2. 영 업 종 별:
3. 영업소의 명칭:
4. 수탁영업소의 명칭:
5. 영업소의 소재지:
6. 창고의 소재지:
7. 성 명:
8. 생 년 월 일:

「약사법」 제45조제1항 및 같은 법 시행규칙 제39조에 따라 위와 같이 의약품 도매상을 허가합니다.

년 월 일

시장 · 군수 · 구청장

직인

(뒤쪽)

도매업무 관리자	성명	면허번호
	생년월일	면허 또는 자격의 종류
도매업무 관리자	성명	면허번호
	생년월일	면허 또는 자격의 종류
도매업무 관리자	성명	면허번호
	생년월일	면허 또는 자격의 종류

변경 및 처분사항 등

연월일	내용