

様式第四（第五条、第二十二條、第二十九條、第百十四條の五、第百十四條の十二、第百十四條の三十六、第百二十四條、第百三十七條の五、第百三十七條の十二、第百八十四條關係）

許 可 証 再 交 付 申 請 書

業 務 の 種 別	薬局・薬局製剤製造販売業・薬局製剤製造業 店舗 <small>（所）</small> ・ 専業 ・ 高度管理医療機器 等販売業・貸与業 <small>有効期間の開始日を記載してください</small>		
許可番号、認定番号、登録番号 又は基準適合証番号及び年月日	第	号	年 月 日
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名 称	薬局	
	所在地	東京都世田谷区世田谷 丁目 番号 ビル 階 03 (5320) × ×	
再 交 付 申 請 の 理 由	（記載例） 店舗内のレイアウトを変更した際に、掲示した許可証をはずしたまま所在がわからなくなってしまったため。		
備 考			

上記により、許可証の再交付を申請します。

年 月 日 ← 届出日を記載してください。

住 所 東京都世田谷区世田谷四丁目22番35号
〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕

氏 名 株式会社
〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕
 代表取締役東京太郎

開設者住所・氏名を記載してください。こちらの内容に変更があった場合は、変更後の内容で記入してください。

電話番号 03 (5320) × ×
 担当者名 東京 次郎

連絡先・担当者名を記載してください。

世田谷区世田谷保健所長 あて

再交付申請書 注意書

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 業務の種別欄には、薬局、薬局製剤製造販売業、薬局製剤製造業、店舗販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業の別を記載すること。
- 4 医薬品等の製造業者若しくは認定外国製造業者又は医療機器の修理業者については、この申請書は地方厚生局長に提出する場合にあつては正副2通、厚生労働大臣又は都道府県知事に提出する場合にあつては正本1通提出すること。