

様式第四

許可証再交付申請書

業 務 の 種 別		
許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日		第 号 年 月 日
薬局、主たる機能を有する事務所、 製造所、店舗又は 事務所	名 称	
	所在地	
再 交 付 申 請 の 理 由		
備 考		

上記により、許可証の再交付を申請します。

年 月 日

住 所
〔 法人にあっては、主たる
事務所の 所在地 〕

氏 名
〔 法人にあっては、名称
及び代表者の氏名 〕

大分市保健所長 殿

(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、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 業務の種別欄には、薬局、薬局製造販売医薬品の製造販売業、薬局製造販売医薬品の製造業、店舗販売業又は高度管理医療機器等の販売業若しくは賃貸業の別を記載すること。