様式第四

許可証再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種類 | 薬局、医薬品販売業 　　　　　　　 許可番号　第 号・　年 月　日薬局製剤製造業　　 　　　 　　 許可番号　第 号・　年　月　日薬局製剤製造販売業　　 　　　 　 許可番号　第 号・　年　月　日再生医療等製品販売業 　 許可番号　第 号・　年　 月　日高度管理医療機器等販売業・貸与業 許可番号　第 号・　年 　月　日 |
| 許可番号及び年月日 |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、営業所又は店舗 | ﾌﾘｶﾞﾅ名称 | (電話　　 　　　　 ) |
| 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。

　　　令和　年　月　日

住　所法人にあっては、主たる事業所の所在地

〒　‐

氏　名法人にあっては、名称及び代表者の氏名

水戸市保健所長　様

担当者　氏　名　　　　　　　　　　　連絡先

（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　業務等の種別欄には、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、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。

【連絡先】　担当者名：

　　　　　　　電話番号：