

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
許可番号 及び年月日	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
薬局、主たる 機能を有する 事務所、製造所、 営業所 又は店舗	フリガナ 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。