

様式第八十六（第百五十九条関係）

特例販売業取扱品目 変更追加 申請書

許可番号及び年月日					
店舗の名称					
店舗の所在地					
新たに 取り 扱おうと する 品目	名称	成分及び分量	用法及び用量	効能又は効果	製造販売業者の 氏名又は名称
備考					

上記により、特例販売業の取扱品目の 変更追加 を申請します。

令和 年 月 日

住 所 (法人にあつては、主たる事業所の所在地)  
〒 -

氏 名 (法人にあつては、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。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。