

手数料納付額	審査印
2,300 円	

許可証書換え交付申請書

業務の種類別	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	〒		
変更内容	事項	変更前	変更後	
変更年月日	令和 年 月 日			
備考				

上記により、許可証の書換え交付を申請します。

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。