

様式第四 (第五条、第二十二条、第二十九条関係)

許可証再交付申請書

業務等の種別		薬局／薬局製剤製造販売業／薬局製剤製造業 店舗販売業／高度管理医療機器等販売業・貸与業
許可番号及び年月日		第 号 年 月 日
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は営業所	名称	
	所在地	〒 電話番号
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 $\left(\begin{array}{l} \text{法人にあつては、主} \\ \text{たる事務所の所在地} \end{array} \right)$

氏 名 $\left(\begin{array}{l} \text{法人にあつては、名} \\ \text{称及び代表者の氏名} \end{array} \right)$

千代田区千代田保健所長 殿

電話番号 ()

担当者名

(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、楷書ではつきりと書くこと。