

許可証再交付申請書

許可を受けている業態の種別に○で囲む

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 令和○ 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	○○薬局 ○○店
	所在地	〒○○○ - ○○○○ 東京都千代田区○○町○丁目○-○ ○○ビル○階 電話番号 03 - ○○○ - ○○○
再交付申請の理由	(申請の理由を記入する)	
備考		

有効期限の開始日を記載する

届出日を記載する

紛失等で許可証を添付できない場合は備考欄にその旨を記載する。

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（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

開設者の住所・氏名を記載する。法人の場合は、登記上の本社住所及び名称、代表者氏名を記載する。

千代田区千代田保健所長 殿

電話番号 ()

担当者名

担当者氏名とその連絡先を記載する

(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。