**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

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

住　所

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

氏　名

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。