

様式第四（第五条、第二十二條、第二十九條関係）

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（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）

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。