

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		
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	〒 _____ TEL 0178 - _____
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 (法人にあっては、主たる事業所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

担当者 氏 名 _____
連絡先 _____

(あて先) 八戸市保健所長

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 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、店舗販売業又は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。

手数料	確認者
¥3,000	