

様式第四（第五条、第二十二條、第二十九條、第三十四條の六、第五十三條の七、第百十四條の五、第百十四條の十二、第百十四條の三十六、第百二十四條、第百三十七條の五、第百三十七條の十二、第百三十七條の三十四の七、第百八十四條関係）

記載例

許可証再交付申請書

業務等の種別		薬局	許可証に記載されている番号と有効期間の開始日をご記入ください。
許可番号、認定番号、登録番号、基準適合証番号又は基準確認証番号及び年月日		第○○○○○○○○○○号 ○○○○年 ○月 ○日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名称	○○薬局 町田店	再交付申請の理由
	所在地	町田市 中町○丁目○番○号 TEL 042 (○○) ○○○○	
再交付申請の理由		店舗内のレイアウトを変更した際に、提示した許可証をはずしたまま所在が分からなくなってしまったため。	
備考		紛失した許可証を発見した場合は、直ちにこれを返納します。	

理由は具体的に記載してください。

上記により、許可証の再交付を申請します。

年 月 日 ← 手続きをされる際に窓口でご記入ください。

住 所 東京都町田市中町二丁目○番○号
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

氏 名 株式会社○○薬品
〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕 代表取締役 町田 花子

町田市保健所長 殿

担当者名・連絡先をご記入ください。

担当者名 町田 太郎
電話番号 042 (722) 67××