様式第四（第五条、第十条の七、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）

許可証再交付申請書

業務等の種別	薬局・店舗販売業・卸売販売業 高度管理医療機器等販売業・貸与業 薬局製剤製造販売業・薬局製剤製造業		
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		
	所在地	町田市	TEL ()
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)

町田市保健所長 殿

電話番号 ()
担当者名