

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、第二百二十四條、第三百三十七條の五、第三百三十七條の十二、第三百三十七條の三十四の七、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		*注意* 許可年月日は許可証の下部にある有効期間の始めの日付を記載。
許可番号及び許可年月日	A-●●●● ●●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 県庁前店	
	所在地	高知市丸ノ内1-2-0	
再交付申請の理由	許可証を紛失したため。 見つかった時は、ただちに返納します。		
備考	紛失、き損等、再交付申請の理由を記載。		

上記により、許可証の再交付を申請します。

●●年●●月●●日
申請書を提出する日付。

個人の場合：現住所、個人名を記載。
法人の場合：登記された本社の所在地、登記された商号及び代表取締役名を記載。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）〒780-0000 高知県高知市丸ノ内1-2-0

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）有限会社 県庁調剤薬局 代表取締役 高知 太郎

連絡先・担当者名 088-000-△△△△、担当：上町

高知県知事 様

各種書類に関する問い合わせ先・担当者名を記載。

(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。
- 3 業務等の種別欄には、薬局、第1種医薬品、第2種医薬品、医薬部外品、化粧品、第1種医療機器、第2種医療機器、第3種医療機器、体外診断用医薬品、再生医療等製品若しくは薬局製造販売医薬品の製造販売業、医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器、体外診断用医薬品、再生医療等製品若しくは薬局製造販売医薬品の製造業、認定外国製造業者、登録外国製造業者、登録認証機関、店舗販売業、配置販売業、卸売販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業、医療機器の修理業、基準適合証又は基準確認証の別を記載すること。
- 4 配置販売業にあつては、所在地欄に営業区域を記載し、名称欄の記載を要しないこと。
- 5 医薬品等の製造業者若しくは認定外国製造業者又は医療機器の修理業者については、この申請書は地方厚生局長に提出する場合にあつては正副2通、厚生労働大臣又は都道府県知事に提出する場合にあつては正本1通提出すること。
- 6 基準適合証にあつては、名称欄に品目の名称、所在地欄に承認番号又は認証番号を記載すること。
- 7 登録外国製造業者又は認定外国製造業者にあつては、外国語により申請者の住所及び氏名を並記すること。
- 8 収入印紙は厚生労働大臣又は地方厚生局長に提出する申請書の正本にのみ貼り、消印をしないこと。