

記載例

該当するものを○で囲みます。

許可証再交付申請書

業務の種類別	<input checked="" type="radio"/> 薬局、 <input type="radio"/> 店舗販売業・ <input type="radio"/> 一般販売業・ <input type="radio"/> 薬種商販売業 <input type="radio"/> 特例販売業・ <input type="radio"/> 管理医療機器販売業・ <input type="radio"/> 管理医療機器賃貸業 <input type="radio"/> 薬局製剤製造販売業・ <input type="radio"/> 薬局製剤製造業	
許可番号及び年月日	第○○○○号 ○○年○○月○○日 許可年月日は、許可証有効期限の初めの日付です。	
薬局、製造所、 営業所又は店舗	名称	<input checked="" type="radio"/> ○○薬局 許可証のとおりに記載してください。ただし、名称を変更した場合は、変更後のものを記載します。
	所在地	東京都新宿区新宿五丁目18番21号
再交付申請の理由	記載例：店舗内のレイアウトを変更した際に、掲示した許可証をはずしたまま所在がわからなくなってしまったため。	
備考	理由を具体的に記載します。	

上記により、許可証の再交付を申請します。

○○年○○月○○日

申請日を記載します。

住所 東京都新宿五丁目18番21号
 [法人にあっては、主たる
 事務所の所在地]

法人の場合は、登記された本店の所在地、名称及び代表者の氏名を記載します。

氏名 株式会社 ○○医薬品
 代表取締役 新宿 花子
 [法人にあっては、名称
 及び代表者の氏名]

電話番号 ()
 担当者名

新宿区保健所長 あて

連絡先と担当者名を記入