様式第四

許可証再交付申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務の種類 | | 薬局 　　許可番号　第　　　　 号・　　　年　　月　　日  薬局製剤製造業　　 許可番号　第　　　　 号・　　　年　　月　　日  薬局製剤製造販売業 　許可番号　第　　　　　 号・　　　年　　月　　日  店舗販売業 許可番号　第　　　 　　 号・　　　年　　月　　日  高度管理医療機器等販売業・貸与業  　　　　　　　　　 許可番号　第　　　 　　 号・　　　年　　月　　日 |
| 許可番号  及び年月日 | |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、営業所又は店舗 | ﾌﾘｶﾞﾅ  名称 | (電話　　 　　　　　　　 　 ) |
| 所在地 | 〒 |
| 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、主たる事業所の所在地

氏　名

法人にあつては名称及び代表者の氏名

寝屋川市長　様

【連絡先】　担当者名：

　　　　　　　電話番号：

【連絡先】　担当者名：

　　　　　　　電話番号：