

◆◆◆ 許可証再交付申請の手引き ◆◆◆

◎ 申請手数料：2,900円（現金）

※ 業態ごとに手数料が必要です。

◎ 提出部数：1部（写しを取って、控えを保管してください。）

◎ 標準処理期間：10日間（本市の勤務を要しない日の日数は含まない）

◎ 申請書の提出先：

名 称	所 在 地	手 数 料
寝屋川市保健所 保健総務課 医事薬事担当	寝屋川市八坂町 28-3 電話(072)-829-7771	現 金：2,900円

※手数料の支払い手続きが煩雑になる場合があるので、平日午後5時までにお越しください。

1 許可証再交付申請について

許可証を破り、汚し又は失ったときには、再交付申請を行うことができます。（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 施行令第1条の6、第46条）

2 許可証書換え交付申請に必要な書類等

(1) 許可証再交付申請書

(2) 汚損等の場合はその汚損した許可証原本（紛失した場合は紛失理由書）

3 各種様式の入手方法

様式については、寝屋川市ホームページより入手できます。

寝屋川市ホームページ (<https://www.city.neyagawa.osaka.jp>)

→各課のご案内→「健康部」→「保健総務課」→「申請書のダウンロード（薬事）」

→該当する業種を選択

→「許可証再交付申請書」

許可証再交付申請書

業務の種類	薬局	許可番号 第A○○○○○号・	○○年○○月○○日	
許可番号 及び年月日	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
薬局、主たる 機能を有する 事務所、製造 所、営業所又 は店舗	フリガナ 名称	○○ 薬局 (電話 072-XXXX-XXXX)		
	所在地	〒○○○-○○○ 寝屋川市○○町○-○ ○○ビル1階		
再交付申請の理由	紛失したため			
備考				

上記により、許可証の再交付を申請します。

令和○○年○○月○○日 ④

住所(法人にあつては、主たる事業所の所在地) 〒○○○-○○○
○○市○○町○番○号

氏名(法人にあつては名称及び代表者の氏名) 株式会社 ○○○○
代表取締役 ○○ ○○

⑤

寝屋川市長 様

【連絡先】 担当者名 : ○○ ○○
電話番号 : ○○-○○-○○○○

⑥

許可証再交付申請書 記載時の留意点

- ① 許可番号および年月日
 - 許可証の再交付を行う業態（薬局、薬局製剤製造業、薬局製剤製造販売業、店舗販売業、高度管理医療機器等販売業・貸与業）を○で囲み、許可証に記載されている許可番号および許可年月日（許可開始年月日）を記載してください。
- ② 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、営業所又は店舗の名称、所在地
 - 許可証に記載されている薬局（店舗、営業所）の名称、所在地を記載してください。
- ③ 再交付申請の理由
 - 再交付の理由を記載してください。（紛失、破損等）
- ④ 提出年月日
 - 申請書の提出日を記載してください。
- ⑤ 申請者の住所、氏名
 - 個人の場合は現住所、法人の場合には登記された本社の所在地を記載してください。
 - 個人の場合は、個人名を記載し、法人の場合は登記された商号および代表取締役名を記載してください。
- ⑥ 連絡先
 - 担当者名及び電話番号を記載してください。