

様式第四

※ウェブ事前登録方式コンビニ決済を利用した場合	
申請用番号	SG           —           —
納付者氏名	
支払日	年           月           日

認定証再交付申請書

業 務 等 の 種 類		
認 定 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、店舗又は事業所	名           称	
	所           在   地	
再 交 付 申 請 の 理 由		
備           考		

上記により、認定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、名称および代表者の氏名)

(あて先)  
 滋賀県知事

担当者名：  
 連絡先：

(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、地域連携薬局、専門医療機関連携薬局、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、医療機器の修理業又は基準適合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。