

許可証書換え交付申請書

業 務 の 種 類		配 置 販 売 業	
許可番号及び年月日		第	号
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事業所		年 月 日	
	名 称	滋 賀 県 一 円	
	所在地		
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考			

上記により、許可証の書換え交付を申請します。

年 月 日

住 所 丁
 [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、名称及び代表者の氏名]

滋賀県知事 殿

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、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。