

許可証再交付申請書

業 務 の 種 類		
許 可 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、許可証の再交付を申請します。

年 月 日

住 所 千

〔 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、登録認証機関、店舗販売業（卸売販売業を除く。）、卸売販売業、薬種商販売業、配置販売業、特例販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業、管理医療機器の販売業若しくは貸与業又は医療機器の修理業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。