

様式第四（第五条、第二十二條、第二十九條関係）

許可証再交付申請書

業 務 等 の 種 別		
許可番号及び年月日		第 年 月 日 号
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名 称	
	所在地	〒 区 仙台市 TEL ()
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)

(あて先) 仙台市保健所長

TEL ()

連絡 (担当) 者名 _____ 連絡先 TEL _____

(注意)

- 1 許可証を添えること。
- 2 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 3 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 4 業務等の種別欄には、薬局、薬局製造販売医薬品の製造販売業、薬局製造販売医薬品の製造業、店舗販売業、又は高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業の別を記載すること。