

許 可 証
認 定 証 再 交 付 申 請 書

| | | |
|--------------------|-----|--|
| 業 務 等 の 種 別 | | |
| 許可番号又は認定番号及び年月日 | | |
| 薬局、店舗、営業所 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
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
称及び代表者の氏名)

長 崎 県 知 事 殿

(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、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、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の別を記載すること。
- 4 配置販売業にあっては、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。