

薬局等外薬事従事許可証再交付申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

長崎県知事

様

申請者 住 所 ××市××町×××

氏 名 ●●●●

申請者個人の住所を記載してください。

下記のとおり医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律
施行細則第4条第2項の規定により書換えを申請します。

管理している店舗	名 称	〇〇薬局
	所在地	〇〇市〇〇町〇〇〇
兼 務 を 許 可 さ れ た 業 務	名 称	〇〇市立▲▲小学校
	所在地	〇〇市▲▲町▲▲▲
	内 容	学校薬剤師の業務
許可番号及び年月日	第〇〇〇〇〇号	〇〇年〇〇月〇〇日
再交付申請の理由	紛失のため。	
変 更 年 月 日	年	月 日
備 考	(破ったとき) 破損したため。 (汚したとき) 汚染したため。 (紛失したとき) 紛失したため。	