

様式第4

許可証再交付申請書

業 務 の 種 別		
許可番号及び年月日		第 号 平成 年 月 日
薬局、製造所、 店舗又は営業所	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。

平成 年 月 日

住 所 { 法人にあっては、主  
たる事務所の所在地 }

氏 名 { 法人にあっては、名  
称及び代表者の氏名 }

印

佐 賀 県 知 事 様

(個人情報の取扱い)

この事務手続きに伴いお預かりした個人情報は許認可事務に利用し、第三者に提供しません。ただし、関係法令の目的達成のため必要な情報や、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 業務の種別欄には、薬局、薬局製造販売医薬品の製造販売業・製造業、店舗販売業、一般販売業、卸売販売業、卸売一般販売業、薬種商販売業、特例販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは賃貸業、管理医療機器の販売業若しくは賃貸業又は医療機器の修理業の別を記載すること。