医薬品医療機器等法施行規則様式第四

　　　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　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 薬局、製造所、  営業所又は店舗 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 再交付申請の理由 | | 紛失、き損、汚損、その他（　　　　　　　　） |
| 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

|  |
| --- |
| 〔連絡先〕　担当者名： |
| 電話番号： |

大阪市長