**様式第四**（第五条、第二十二条、第二十九条、）

許可証再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務等の種別 |  |
| 許可番号及び年月日 |  |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、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。

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）山形市保健所長

 連絡（担当）者名　　　　　　　　　　　　　連絡先　ＴＥＬ：

（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、楷書ではっきりと書くこと。

３　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、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。