様式第四（第五条、第十条の七、第二十二条、第二十九条、第三十四条の六、第五十三条の七、第百十四条の五、第百十四条の十二、第百十四条の三十六、第百二十四条、第百三十七条の五、第百三十七条の十二、第百三十七条の三十四の七、第百八十四条関係）

許　可　証　再　交　付　申　請　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務の種別 | |  |
| 許可番号、認定番号、登録番号基準適合証番号又は基準確認証番号及び年月日 | | 第　　　　　号　　　　　　　　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）

担当者

電話番号　　　（　　　）

八王子市保健所長　　殿