様式第四（第五条、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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務等の種別 | |  |
| 許可番号及び年月日 | |  |
| 薬局、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 | | 担当者名　　　　　　　連絡先 |

上記により、許可証の再交付を申請します。

年　　月　　日

氏　名

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

住　所

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

（宛先）金沢市保健所長

（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、楷書ではつきりと書くこと。

３　業務等の種別欄には、薬局、第１種医薬品、第２種医薬品、医薬部外品、化粧品、第１種医療機器、第２種医療機器、第３種医療機器、体外診断用医薬品、再生医療等製品若しくは薬局製造販売医薬品の製造販売業、医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器、体外診断用医薬品、再生医療等製品若しくは薬局製造販売医薬品の製造業、認定外国製造業者、登録外国製造業者、登録認証機関、店舗販売業、配置販売業、卸売販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業、医療機器の修理業、基準適合証又は基準確認証の別を記載すること。