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 |  |
| 主たる機能を有する事務所及び製造所（薬局） | 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）

福岡県知事　殿

様式第四　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【記載例】

許可証再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 | 薬局製造販売医薬品製造販売業 |
| 許可番号及び年月日 | 福局第Ｘ○○○号　令和２年７月１日※ 有効期間の始期を記載すること。 |
| 主たる機能を有する事務所及び製造所（薬局） | 名　称 | 福岡薬局　筑紫支店 |
| 所在地 | 福岡県大野城市白木原３－５－２５ |
| 再交付申請の理由 | 紛失したため |
| 備　　　　　考 | 　紛失した許可証を発見した場合は、直ちにこれを返納します。 |

上記により、許可証の再交付を申請します。

令和４年８月１日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

福岡県福岡市博多区東公園７－７

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社福岡薬局

代表取締役　福岡　太郎

福岡県知事　殿