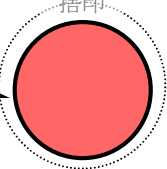


記載例①
(記載例②、
③に記載する業以外の業)

「薬局製造販売医薬品製造販売業」、「薬局製造販売医薬品製造業」、「店舗販売業」、「卸売販売業」、「高度管理医療機器等販売業」、「高度管理医療機器等貸与業」又は「高度管理医療機器等販売業・貸与業」のうち、該当するものを記載すること。

差し支えなければ捨印（法人による申請にあっては代表者印）を押印すること。



許可証再交付申請書

別		店舗販売業	
許可番号、認定番号、登録番号又は基準適合証番号及び年月日		指令○保第○号の○ 平成○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	松江薬店	
	所 在 地	松江市殿町1番地	
再 交 付 申 請 の 理 由		紛失	
備 考		「破損」、「汚損」又は「紛失」等と記載すること。	

許可証に記載された有効期間の期始年月日を記載すること。

上記により、許可証の再交付を申請します。

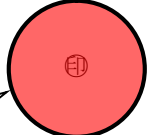
平 成○○年○○月○○日 提出年月日を記載すること。

住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

東京都千代田区霞が関1-2-2

氏 名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

**県庁株式会社
代表取締役 薬事 太郎**

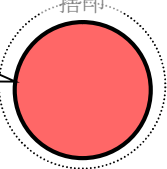


法人による申請にあっては、登記された代表者印を押印すること。

島根県知事

殿

差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。



「配置販売業」と記載すること。

許可証再交付申請書

業務等の種別	配置販売業	許可証に記載された有効期間の期始年月日を記載すること。
許可番号、認定番号、登録番号又は基準適合証番号及び年月日	指令○保第○号の○ 平成○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 島根県一円	配置販売業者については、名称欄の記載を要しないこと。
再交付申請の理由	紛失	配置販売業者については、営業区域を記載すること。
備考		「破損」、「汚損」又は「紛失」等と記載すること。

上記により、許可証の再交付を申請します。

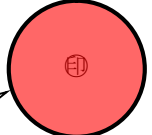
平成○○年○○月○○日 提出年月日を記載すること。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

東京都千代田区霞が関1-2-2

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

県庁株式会社
代表取締役 薬事 太郎



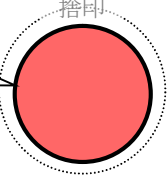
法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。

島根県知事 殿

平成二十一年厚生労働省令第十号第一条の規定による改正前の薬事法施行規則様式第四（第五条、第二十二條、第二十二條、第二百二十四條、第八百八十四條関係）

記載例③
(薬種商販売業又は特例販売業)

差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。



「薬種商販売業」又は「特例販売業」のうち、該当するものを記載すること。

許可証再交付申請書

業務の種類別	薬種商販売業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	指令○保第○号の○平成○年○月○日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事業所	名称	松江薬店
	所在地	松江市殿町1番地
再交付申請の理由	紛失	
備考	「破損」、「汚損」又は「紛失」等と記載すること。	

許可証に記載された有効期間の期始年月日を記載すること。

上記により、許可証の再交付を申請します。

提出年月日を記載すること。

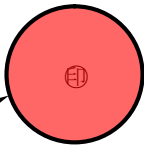
平成○○年○○月○○日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

東京都千代田区霞が関1-2-2

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

県庁株式会社
代表取締役 薬事 太郎



法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。

島根県知事 殿