薬４－４号

様式第四

販売業

貸与業

　　高度管理医療機器等　　　　　　　　許可証再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 |  |
| 許可番号及び年月日 | 第　　　　　　　　　　　号　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 営業所 |  名　　称 |  |
|  所 在 地 |  |
| 再交付申請の理由 |  |
| 備　　　 考 |  |

販売業

貸与業

　 上記により、高度管理医療機器等の　　　　　　　　の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 )

（ＴＥＬ 　　　　　　　　　　　　）

ふりがな

氏　名

 　　　 （法人にあっては､名

称及び代表者の氏名 )

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【連絡先：　　　　　　　　　　　　担当者名：　　　　　　　　　　】

　福岡市　　　保健所長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請手数料領収済　 年　 　月　 　日　　　　　 　　　　　　　　円　　　　　　　　印 | コード番号（　　　　　　　）領収番号（　　　　　　　） | 許可証年　 月　 日　　交付　 | 受領印 |

高度管理医療機器等販売業又は貸与業許可証再交付申請書（薬４-４号）

【添付書類】

 　破り又は汚した場合は、許可証

【申請書の記載要領】

　字は、黒インク、ボールペン等を用いて、楷書ではっきりと邦文で記載すること。

１　業務の種別欄

　　高度管理医療機器等販売業（貸与業）と記載すること。

２　許可番号及び年月日欄

　　許可年月日は許可証に記載されている有効期間の始期を記載すること。

３　営業所欄

　　許可されている営業所の名称及び所在地を記載すること。

４　再交付申請の理由欄

　　「破損のため」「汚したため」「紛失のため」等再交付申請の理由を記載すること。

※　許可証の再交付を受けた後、失った許可証を発見したときは、直ちにこれを返納すること。