薬４－１号

様式第四

薬局開設許可証再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 | 薬　局 |
| 許可番号及び年月日 | 第　　　　　　　号　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 薬局 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 | 〒(℡ 　 ） |
| 再交付申請の理由 |  |
| 備　　　 考 |  |

　 上記により、薬局開設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 |

薬局開設許可証再交付申請書（薬４-１号）

【添付書類】

添付書類

 １．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

　　薬局と記載すること。

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　薬局欄

　　許可されている薬局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。