様式第四

許　可　証

認　定　証

登　録　証

基準適合証

基準確認証

再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務等の種別 |  |
|  許可番号、認定番号、登録番号、基準適合証番号又は基準確認証番号及び年月日 | 第　　　　　　　号　　　　　　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 |  |
| 再交付申請の理由 |  |
| 備　　　　　　　考 |  |

許可証

認定証

登録証基準適合証

基準確認証

 上記により、　　　　　　　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

　　　　　　　　　　　　氏 　名

　　　　　　　　　　　 法人にあっては､名称

　　　　　　　　　　　 及び代表者の氏名

　大分県知事　殿