

様式第四（第五条、第二十二條、第二十九條、第百十四條の五、第百十四條の十二、第百十四條の三十六、第百二十四條、第百三十七條の五、第百三十七條の十二、第百八十四條関係）

記載例

許可証再交付申請書

業 務 の 種 類	該当する業種を記載してください。 (例) 高度管理医療機器等販売業	
許 可 番 号 及 び 年 月 日	第 号 平成 年 月 日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事務所	名 称	許可年月日は、許可証の有効期限の始めの日付を記載します。
	所 在 地	許可証のとおりに入力してください。
再 交 付 申 請 の 理 由	(理由を具体的に記載してください。) 記載例：店舗内のレイアウトを変更した際に、掲示した許可証をはずしたまま所在がわからなくなってしまったため。	
備 考		

上記により、許可証の再交付を申請します。

平成 年 月 日

届出日を記載します。

住 所 東京都渋谷区宇田川町 1 - 1
〔法人にあっては、主たる事務所所在地〕

氏 名 株式会社 機器
〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕 代表取締役



法人の場合は、登記された本店の所在地、名称及び代表者の氏名を記載します。但し、登記された本店の住所、名称を変更が生じた場合には、変更後のものを記載してください。

電話番号 ()

渋谷区保健所長

連絡先と担当者名を記載します。

殿