

手数料 (2,900 円) (薬局・局製・店舗・高度)

※記入はしないでください。<保健所担当者確認・記入欄>

納付書による納入 (納付書番号: _____ 納入済証確認: / 確認者: _____)

キャッシュレス決済 ・クレジットカード ・電子マネー ・スマートフォン決済

(銘柄: _____ 伝票番号: _____ 決済確認日: / 決済処理者: _____)

様式第四 (第五条、第二十二條、第二十九條関係)

許可証再交付申請書

業務等の種別		
許可番号及び年月日		神保第 _____ 号 _____ 年 _____ 月 _____ 日
薬局、製造所、 店舗又は営業所	名称	
	所在地	〒 _____ 区 神戸市 _____ 区 TEL (_____) _____
再交付申請の理由		
備考	ふりがな 申請担当者: _____ TEL (_____) _____	

上記により、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)

〒 _____

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

神戸市保健所長 あて

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 業務等の種別欄には、薬局、薬局製造販売医薬品の製造販売業、薬局製造販売医薬品の製造業、店舗販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業の別を記載すること。
- 4～7 略