

手数料（2,000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：\_\_\_\_\_）

様式第三（第四条、第二十一条、第二十八条関係）

## 許可証書換え交付申請書

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 ( _____ ) _____	
変更内容	事項	変更前	変更後
変更年月日		_____ 年 _____ 月 _____ 日	
備考		ふりがな 申請担当者： _____ TEL ( _____ ) _____	

上記により、許可証の書換え交付を申請します。

\_\_\_\_\_ 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