**様式第四**（第五条、第二十二条、第二十九条、第三十四条の六、第五十三条の七、第百十四条の五、第百十四条の十二、第百十四条の三十六、第百二十四条、第百三十七条の五、第百三十七条の十二、第百三十七条の三十四の七、第百八十四条関係）

許可証再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 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 |  |

上記により、許可証の再交付を申請します。

　　　　　年　　月　　日

住　所

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

氏　名

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

　大阪府知事　殿

〔連絡先〕　担当者名：

　　　　　　電話番号：

（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。

**＜高度管理医療機器等販売業・貸与業の再交付申請の例示＞**



法人　→　登記上の氏名・住所を記載

個人　→　個人の氏名・住所を記載

必ず、担当者の氏名・電話番号を記載

・許可証に記載されている許可番号：N99999

・許可証に記載されている許可年月日

※許可年月日は有効期限の始めの日

※※許可証を紛失されて、許可番号や許可年月日が不明な場合は、ご相談ください。

「高度管理医療機器等販売業･貸与業」と記載する。

**【 添 付 書 類 】**

**・紛失時：紛失理由書**

**・破損等：破損等した許可証原本**