

許可証書換え交付申請書

(宛先)
広島市保健所長

〒 電話
住所

氏名
(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり、許可証の書換え交付を申請します。

業 務 の 種 別 (該当する項目に☑してください。)		☐ 薬局 ☐ 薬局製造販売業 ☐ 薬局製造業 ☐ 店舗販売業 ☐ 卸売販売業 ☐ 高度管理医療機器等販売業・貸与業 ☐ 特例販売業 ※業種ごとに提出してください。		
許 可 番 号 及 び 年 月 日		(有効期間開始日) 第 号 年 月 日		
薬局、製造 所、店舗又 は営業所	名 称			
	所 在 地	〒 (電話) (FAX) 広島市 区		
変 更 内 容		事 項 (該当する項目に☑してください。)	変 更 前	変 更 後
		☐ 氏名 (法人にあつては、名称) ☐ 薬局、製造所、店舗又は営業所の名称		
変 更 年 月 日		年 月 日		
備 考		変更届提出日 年 月 日		
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等		(電話)		

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します (承諾されない方はお申し出ください。)。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	(受付)	(伺い)			
	係	係	係長		
			照合	公印	施行