

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。

業務の種類別 (該当する項目に☑してください。)		<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売業 <input type="checkbox"/> 薬局製造業 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 卸売販売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業・貸与業 <input type="checkbox"/> 薬種商販売業 <input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 氏名 (法人にあつては、名称) <input type="checkbox"/> 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)		照合			公印	施行
係	専門員	係	係長					