

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	高度管理医療機器等販売業	
許可番号及び年月日	第 富機販〇〇〇〇 号 〇〇年〇月〇日	
薬局、店舗 又は営業所	名称	〇〇医療機器販売株式会社 〇〇営業所
	所在地	富山市〇〇町〇丁目〇番〇号
再交付申請の理由	許可証を紛失したため	
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 富山市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏 名 〇〇株式会社

代表取締役 〇〇 〇〇

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称並びに代表者の氏名）

（宛先） 富山市保健所長

（注意）

- 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 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、店舗販売業又は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。