

様式第四

許可証
認定証 再交付申請書

業 務 等 の 種 別		
許 可 番 号 又 は 認 定 番 号 及 び 年 月 日		
薬局、店舗 又は営業所	名 称	
	所 在 地	
再交付申請の理由		
備 考		

上記により、
許可証
認定証 の再交付を申請します。

年 月 日

住所 (法人にあっては、
主たる事務所の所在地) 〒 TEL

氏名 (法人にあっては、
名称及び代表者の氏名)

福岡県知事 殿

- 注 1 業務等の種別欄には薬局、店舗販売業、卸売販売業、薬種商販売業、特例販売業、地域連携薬局又は専門医療機関連携薬局の別を記載すること。
- 2 許可番号又は認定番号及び年月日欄の年月日には、許可証又は認定証に記載されている有効期間の始期を記載すること。
- 3 再交付申請の理由欄には、「破損のため」「汚したため」「紛失のため」等再交付申請の理由を記載すること。
- 4 認定証の再交付にあっては、申請書及び添付書類は、2部（認定証は1部原本、1部写し）提出すること。