様式第4号(第4条関係)

(日本産業規格A4)

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局  店舗販売業  卸売販売業  販売業  高度管理医療機器等  貸与業  再生医療等製品販売業 | 管理者兼務許可証再交付申請書 |

年　　月　　日

　　福岡県知事　　殿

住所

申請者

氏名

　下記により、再交付を申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理している薬局、店舗又は営業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 兼務を許可  された  業務 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 内容 |  |
| 許可番号及び年月日 | | 第　　　　　号　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 再交付申請の理由 | |  |
| 備考 | |  |

注　申請しない箇所は二重線で消すこと。