

様式第四（第十条の七関係）

認定証再交付申請書

| | | |
|---------------------------------|-----|--|
| 業 務 等 の 種 別 | | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | | |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所 | 名 称 | |
| | 所在地 | |
| 再 交 付 申 請 の 理 由 | | |
| 備 考 | | |

上記により、認定証の再交付を申請します。

年 月 日

住 所 （法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏 名 （法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

福井県知事

殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 業務等の種別欄には、地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の別を記載すること。