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

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

住 所

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

　　　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。