様式第四（第五条、第十条の七、第二十二条、第二十九条、第百十四条の五、第百十四条の十二、第百十四条の三十六、第百二十四条、第百三十七条の五、第百三十七条の十二、第百八十四条関係）

別紙23

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　許可証

再交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　認定証

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (1) | 業務の種別 | |  |
| (2) | 許可番号または認定番号及び年月日 | | 第　　　　　　　　号・ 　　　年　　　月　　　日 |
| (3) | 薬局､主たる機能を有する事務所、製造  所､営業所 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒　　　－ 　 　℡　　　　－　　　－ |
| (4) |  | |  |
| 備　　　　　　　　　　　　考 | | | 20211102改訂 |

□ 許可証

□ 認定証

　 上記により、　　　　　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）

熊本県知事　　　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁区分 | 課長 | | 文書分類 | 分類記号 | 006-003-002-001 | | | 主題名 | 申請の受付及び審査等に関する文書 | | | | | | | 保存期限 | | | 【特定日から】５年 | | |
| 本申請について、許可証・認定証を再交付してよろしいか。　　　 　　　　 起案　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課　長  （所　長） | | 審議員  （次　長） | | 薬事班長  （次　長） | | 監視麻薬班長  （課　長） | 主　幹 | | 起 案 者 | | | | 課　　員 | | | | | 公印承認 | | | |
|  | |  | |  | |  |  | |  | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | 【文書審査】  □様式第2（規則第2条関係）  □様式第5の4（1）（規則第10条の4関係）  □様式第5の4（2）（規則第10条の4関係）  □様式第10（規則第20条関係）  □様式第13（規則第27条関係）  □様式第77（規則第142条,第149条,第155条関係）  □様式第89（規則第178条関係）  □様式第94の3（規則第196条の5関係）  であるため審査不要 | | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号 | | | | | | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |

**熊本県収入証紙貼付欄（2,900円分）**

**【記入上の注意】**許可証・認定証再交付申請書

１　太線枠以外に記入してください。

２　黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、はっきりと記入してください。

３　提出先及び提出部数

・営業所（卸売販売業、再生医療等製品販売業）の所在地が熊本市の場合は、熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課へ１部

・薬局、製造所、店舗（店舗販売業）、営業所（卸売販売業、高度管理医療機器等販売業又は貸与業、再生医療等製品販売業）の所在地が熊本市以外の場合は、薬局、店舗又は営業所の所在地を管轄する県保健所へ１部

・配置販売業については、熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課へ１部

・地域連携薬局、専門医療機関連携薬局の所在地が熊本市の場合は、熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課へ１部。所在地が熊本市以外の場合は、薬局の所在地を管轄する県保健所へ２部

４　記入方法

(注)以下の( )内の番号は、許可証再交付申請書の各項目の番号に連動しています。

各記載事項のすべてを欄内に記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記入し、必要事項を記入した書類を添付してください。

(注)以下の( )内の番号は、許可証再交付申請書の各項目の番号に連動しています。

(1) 次の業務の種別のうち、いずれか一つを記入してください。

　　　　薬局

　　　　地域連携薬局認定

　　　　専門医療機関連携薬局認定

店舗販売業

　　　　配置販売業

卸売販売業

　　　　高度管理医療機器等販売業・貸与業

　　　　医薬品製造販売業

　　　　医薬品製造業

　　　　再生医療等製品販売業

(2) 許可年月日または認定年月日は、許可証または認定証に記載されている現在の有効期間の初日の年月日を記入してください。

(3) 配置販売業にあっては、所在地欄に営業区域を記入してください。

【添付書類】

・毀損、汚損等で許可証又は認定証が現存するときは当該許可証又は認定証