

許可証再交付申請書

業 務 の 種 別	高度管理医療機器等販売業・貸与業	
許可番号及び年月日	第 15N00000 号 令和 〇 年 〇 月 〇 日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は営業所	名 称	〇〇医療機器株式会社
	所在地	堺市堺区南瓦町〇-〇-〇 南瓦ビル1階
再交付申請の理由	破損のため	
備 考	営業所・店舗 TEL : 072-000-0000	

上記により、許可証の再交付を申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

住所〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地 〕 大阪府堺市堺区南瓦町3-1

氏名〔 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 〕 堺市医療機器株式会社
代表取締役 堺市 太郎

堺 市 長 殿

〔連絡先〕 担当者名：堺市 三郎
電話番号：072-000-0000