

動物用医薬品販売業許可証再交付申請書

現在の知事名を記入ください。

千葉県知事 **鈴木 栄治** 様

書類を持参する日（郵送の場合は投函する日付）を記入ください。

平成 **29**年 **4**月 **1**日

法人による申請の場合は、登記時に登録した代表者印を捺印ください。
個人による申請の場合は、自筆であれば印鑑は不要です。自筆でなければ個人印を捺印ください。

法人の場合は、代表者名も記入ください。「代表取締役」「代表取締役社長」など、書類ごとに違う肩書が記載されている場合がありますので、注意してください。

住所 **千葉県千葉市中央区市場町**

氏名（法人にあっては名称及び代表者の名）

株式会社ドーヤク
代表取締役 千葉 太郎

印

個人の場合は、氏名を記入ください。（店舗名等は不要）

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行令第46条の規定により動物用医薬品販売業許可証の再交付を受けたいので、下記により申請します。

記

1 医薬品販売業の種類 **(店舗・特例店舗・卸売・配置)** 販売業

2 店舗又は営業所の名称及び所在地（配置販売業にあっては、配置する区域）

名称 **ドーヤクショップ 千葉店**

所在地 **千葉市花見川区三角町〇〇**

3 許可年月日及び許可番号

現在の許可証に記載されている有効期間の開始日を記入ください。

〇〇年×月△△日
〇〇店××

現在の許可証に記載されている許可番号を記入ください。（前回の更新の後、書換えした場合は書換え後の番号となることに注意ください。）

※紛失などでわからない場合は、管轄の家畜保健衛生所にお問い合わせください。

4 申請理由 **紛失したため。**

連絡先：**丹藤 作朗**
(043) - 252 - 〇〇××

破損、汚れにより再交付を申請する場合は、許可証も併せて提出ください。

紛失により再交付を受け、後日に旧許可証を発見した場合は速やかに返納してください。

再交付申請など手続きを行う担当者を記入ください。