

## 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（法人にあつては名称及び代表者の氏名）

**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。（営業所名等は不要）

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（配置販売業にあつては、配置する区域）

名称 **株式会社ドーヤク 千葉営業所**

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

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**  
**〇〇卸××**

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  
した場合は書換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。