

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）。

様式第四

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	
許可番号及び年月日	第 1 1 - 6 号	令和〇〇年〇〇月〇〇日
薬局、製造所、営業所又は店舗	名 称	鴨江コンタクトレンズ
	所在地	浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号 〇〇ビル 303
再交付申請の理由	紛失のため	
備 考		

現在の許可の有効期間の開始日を記入する

上記により、許可証の再交付を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社 鴨江商会
代表取締役 保健花子

開設者の住所・氏名を記入

（あて先）浜松市保健所長

【添付書類】なし（き損の場合は許可証添付）

【手数料】¥2,900