

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 - 〇〇 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	□□□コンタクトレンズ
	所 在 地	浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号
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（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号

開設者の住所・
氏名を記入

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社 〇〇〇〇
代表取締役 〇〇〇〇

（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