

許 可 証  
認 定 証 書 換 え 交 付 申 請 書

業 務 等 の 種 別			
許可番号又は認定番号及び年月日			
薬局、店舗、 営業所又は事業所		名 称	
		所在地	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日			
備 考			

上記により、  
許 可 証  
認 定 証 の書換え交付を申請します。

年 月 日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)  
氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

長 崎 県 知 事 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 業務等の種別欄には、薬局、地域連携薬局、専門医療機関連携薬局、薬局製造販売医薬品の製造販売業、薬局製造販売医薬品の製造業、店舗販売業、配置販売業、卸売販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業、医療機器の修理業の別を記載すること。
- 4 配置販売業にあつては、所在地欄に営業区域を記載し、名称欄の記載を要しないこと。