

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）

様式第三

許可証書換え交付申請書

薬局、店舗販売業、
卸売販売業等の種別

業 務 の 種 別		薬局	
許可番号及び年月日		第〇-〇〇〇号 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	〇〇薬局	
	所 在 地	浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
	店舗の名称	△△△△薬局	〇〇薬局
変 更 年 月 日		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
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、許可証の書換え交付を申請します。

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・
氏名を記入する

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇薬局
代表取締役 〇〇〇〇

（あて先）浜松市保健所長

【添付書類】許可証
【手 数 料】¥2,000

(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 業務の種別欄には、薬局、第1種医薬品、第2種医薬品、医薬部外品、化粧品、第1種医療機器、第2種医療機器、第3種医療機器、体外診断用医薬品、再生医療等製品若しくは薬局製造販売医薬品の製造販売業、医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器、体外診断用医薬品、再生医療等製品若しくは薬局製造販売医薬品の製造業、認定外国製造業者、登録外国製造業者、登録認証機関、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（指定視力補正用レンズ又は医療機器プログラムのみの販売業又は貸与業を除く。）、指定視力補正用レンズ又は医療機器プログラムのみの販売業若しくは貸与業、特定管理医療機器の販売業若しくは貸与業（補聴器又は家庭用電気治療器以外の特定管理医療機器を販売又は貸与する場合に限る。）、補聴器若しくは家庭用電気治療器のみの販売業若しくは貸与業、補聴器及び家庭用電気治療器のみの販売業若しくは貸与業、管理医療機器（特定管理医療機器を除く。）の販売業若しくは貸与業又は医療機器の修理業の別を記載すること。
- 4 医薬品等の製造業者若しくは認定外国製造業者又は医療機器の修理業者については、この申請書は地方厚生局長に提出する場合にあつては正本副本 2 通、厚生労働大臣及び都道府県知事に提出する場合にあつては正本 1 通提出すること。
- 5 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。
- 6 基準適合証にあつては、名称欄に品目の名称、所在地欄に承認番号又は認証番号を記載すること。
- 7 登録外国製造業者又は認定外国製造業者にあつては、外国語により申請者の住所及び氏名を並記すること。