

様式第九十一（第百八十条関係）

様式第四（第五条、第二十二條、第二十九條、第二百二十四條、第百八十四條関係）

許可証再交付申請書

業 務 の 種 別	医療機器修理業		許可の有効期間の開始日を記載。 (許可書の発行日ではない)
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	34BS123456 令和3年4月1日		
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事業所	名 称	株式会社広島医療機器製造 広島工場	許可を受けた製造所等の所在地を記載 (許可証記載のとおり)。
	所在地	広島県〇〇市△△町 456 番地××ビル	
再 交 付 申 請 の 理 由	紛失のため		再交付に至った具体的理由を記載
備 考			

上記により、許可証の再交付を申請します。

令和〇〇年 〇月 〇日

提出年月日を記載

住 所

法人にあっては、主たる事務所の所在地

広島県〇〇市〇〇町 123 番地**ビル

登記事項証明書に記載の本店の住所及び商号のとおりに記載。

氏 名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

株式会社広島医療機器製造
代表取締役 広島 卓治

申請事務の担当者、連絡先を記載してください。

広島県知事 様

業者コードは、許可申請時に発行したコードを記載してください。

担当者

総務課 広島智子

連絡先

TEL (082)513-3223 FAX (082)211-3006

申請者の業者コード

999999-000

製造所等の業者コード

999999-001