

＜高度管理医療機器等販売業・貸与業の再交付申請の例示＞

(添付資料)

紛失時:紛失理由書

破損等:破損等した許可証

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・貸与業 | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | N00000 令和00年0月0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 | 大阪医療機器株式会社 中央営業所 |
| | 所 在 地 | 大阪府大阪市中央区大手前1-1-1 大手ビル3階301号 |
| 再 交 付 申 請 の 理 由 | 紛失 | |
| 備 考 | | |

「高度管理医療機器等販売業・貸与業」と記載する。

・高度管理医療機器等販売業・貸与業許可証に記載されている許可番号:N99999
 ・高度管理医療機器等販売業・貸与業許可証に記載されている許可年月日(有効期間の開始年月日です)

上記により、許可証の書換え交付を申請します。

令和00年0月0日

住 所 (法人にあっては、主たる事業所の所在地) 大阪府大阪市北区青木町2-3-3

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 大阪医療機器株式会社
 代表取締役 大阪 太郎

大阪府知事 殿

[連絡先]担当者名:大阪 桜子

電話番号:00-0000-0000

法人 → 登記上の氏名・住所を記載
 個人 → 個人の氏名・住所を記載

必ず、担当者の氏名・電話番号を記載