

記入例

捨印を押印した場合にのみ、申請時、修正が可能です。

印

動物用医薬品販売業許可証再交付申請書

家畜保健衛生所に提出する
日を記入してください。

年 月 日

栃木県 家畜保健衛生所長 様

申請書の提出先を記入してください。
(県央、県南、県北)

押印は、略することが可能です。但し、捨印処理を可能にする場合には、押印願います。(法人の場合は、代表者の登記印)

住所

氏名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行令第 46 条の規定により動物用医薬品販売業許可証の再交付を受けたいので、下記により申請します。

記

1 医薬品販売業の種類

動物用医薬品卸売販売業

2 店舗又は営業所の名称及び所在地 (配置販売業にあつては、配置する区域)

名称

所在地

3 許可年月日及び許可番号

許可年月日 年 月 日

許可番号 第 号

許可の有効期間の初日と許可番号を記入してください。

4 申請理由

(例：紛失のため、破損のため、汚したため等)

・欄外に、連絡先 (電話番号、FAX 番号、担当部局及び担当者名) を記載してください。