

第6号様式（第6条関係）

薬局等外薬事従事許可証再交付申請書

年 月 日

（あて先） 長崎市長

住所

氏名

次のとおり 年 月 日長崎市指令生衛第 号により許可のあった薬局等外薬事従事について、長崎市医薬品、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細則第6条の規定により再交付を申請します。

管理している 薬局、店舗 又は営業所	名 称	
	所在地	
	許可番号	
兼務する場所	名 称	
	所在地	
兼務する業務の 内 容		
再交付申請の理由		
備考		