

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

(法人にあっては、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
動物用医薬品店舗販売業
- 2 店舗又は営業所の名称及び所在地 (配置販売業にあっては、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
- 4 申請理由
(例：紛失のため、破損のため、汚したため等)

許可の有効期間の初日と許可番号を記入してください。

・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。