

変 ~~更~~ 追 加
特例販売業取扱い品目
申請書

品目追加と品目廃止と両方あるときはこちら。

品目を追加するだけのときはこちら。

許可番号及び年月日	第 9999999999 号 平成 年 月 日				
	許可年月日は、許可証有効期限の始めの日付です。				
店舗の名称	医薬品				
店舗の所在地	東京都 市 町 丁目 番号				
新うたとす取るり品扱目お	名 称	成分及び分量	用法及び用量	効能又は効果	製造販売業者の氏名又は名称
	別紙のとおり				
備 考					

上記により、特例販売業の取扱い品目 変 ~~更~~ 追 加 を申請します。

平成 年 月 日

住 所
〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕

氏 名
〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕

東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
開設者住所・氏名を記入してください。

株式会社 医薬品
代表取締役 田 × 子 印
代表者印を押印してください。

電話番号 03 (5320) × ×
担当者名 田 × 子
連絡先・担当者名を記入してください。

東京都 保健所長 殿