

動物用医薬品販売業許可証書換え交付申請書

現在の知事名を記入ください。

書類を持参する日（郵送の場合は投函する日付）を記入ください。

平成 29 年 4 月 1 日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

法人による申請の場合は、登記時に登録した代表者印を捺印ください。  
個人による申請の場合は、自筆であれば印鑑は不要です。自筆でなければ個人印を捺印ください。

住所

千葉県千葉市中央区市場町

氏名（法人にあつては名称及び代表者の名）

株式会社ドーヤク  
代表取締役 千葉 太郎

印

法人の場合は、代表者名も記入ください。  
「代表取締役」「代表取締役社長」など、書類ごとに違う肩書が記載されている場合がありますので、注意してください。

個人の場合は、氏名を記入ください。（店舗名等は不要）

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 45 条の規定により動物用医薬品販売業許可証の書換え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 （店舗・特例店舗・卸売・配置）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 株式会社ドーヤク 千葉営業所

所在地 千葉市花見川区三角町〇〇

3 許可年月日及び許可番号

許可証に記載されている有効期間の開始日を記入ください。

〇〇年×月△△日

〇〇卸××

現在の許可証に記載されている許可番号を記入ください。（前回の更新の後に書換えした場合は書換え後の番号となることに注意ください。）

4 書換え事項

【旧】 株式会社ドーヤク 千葉営業所

【新】 株式会社ドーヤク 千葉中央営業所

新旧を比較して記載します。

5 参考事項

担当者氏名 丹藤 作朗

書換え交付申請など手続きを行う担当者を記入ください。

連絡先 TEL (043) - 252 - 〇〇××