



薬局製剤製造販売業許可更新申請書

許可証に記載されている許可番号・有効期間の始期を記載します。 <small>日</small>		○○○○○○第○○○○号 ○○年○月○日	
主たる機能を有する事務所の名称 <small>称</small>		○○薬局	
主たる機能を有する事務所の所在地		豊島区東池袋 ○丁目 ○○番 ○○号 XXビル 2階	
許可の種類		薬局製剤製造販売業	
氏名		○○ ○○	資格 薬剤師第○○○○○○号 登録 ○○年○月○日
氏名欄に「薬局の管理者と同じ」と記入し、資格、住所は省略可能です。		住所 ○○県○○市○-○-○ (管理者個人の住所)	
申請者（法人にあっては、その業務を行う役員を含む）の欠格条項により	許可を取り消されたこと	なし	
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと	なし	
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと	なし	
	(4) 薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと	なし	
備考		薬局開設許可年月日 許可番号	年 月 日 第 号

上記により、薬局製剤の製造販売業の許可の更新を申請します。  
 申請日を窓口で記入してください。

○○年 ○○月 ○○日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  
 ○○県○○市○○丁目○○番○○号  
 氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）  
 株式会社○○薬局  
 代表取締役 ○○○○

開設者住所・氏名（法人の場合は代表者の氏名も）を記入してください。

法人の場合は登記されている法人印を押印してください。差し支えなければ余白に捨印もお願いします。



豊島区池袋保健所長