

様式第五（第六条関係）

薬局開設許可更新

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。

許可番号及び年月日		〇〇〇〇〇〇第 〇〇〇 号 〇 年 〇 月 〇 日	
薬局の名称		〇〇 薬局	
薬局の所在地		東京都豊島区〇〇〇 〇丁目 〇番 〇号 〇〇ビル〇階	
変更内容	事項	変更前	変更後
	薬事に関する業務に責任を有する役員を記載します。		
(法人にあつては) 薬事に関する業務に責任を有する役員の名		代表取締役 〇〇〇〇 取締役 〇〇〇〇	
申請者(法人にあつては、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。)の欠格条項	(1)	法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	全員なし
	(2)	法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	全員なし
	(3)	禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終つた後、3年を経過した者	全員なし
	(4)	法、麻薬及び向精神薬取締法、麻薬及び向精神薬取締法に関する法令で政令で定める違反行為があつた日から2年を経過していない者	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の取締法に違反した者	全員なし
	(6)	精神の機能の障害により薬事に関する業務に責任を有する役員が1人のみの場合には「なし」と記載します。	全員なし
	(7)	薬局開設者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	全員なし
備考			

上記により、薬局開設の許可の更新を申請します。

〇 年 〇 月 〇 日

住所
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇〇番〇〇号

氏名

株式会社〇〇薬局
代表取締役 〇〇〇〇

この申請に関する担当者、連絡先を記載します。

豊島区池袋保健所長

電話番号 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
担当者名 〇〇〇〇