

医薬品販売業許可更新

許可証に記載されている許可番号・許可証下部に記載の有効期間の始期を記載します。

許可番号及び年月日		○○○○○○○第○○○年○○月○○日	
店舗又は営業所の名称		○○薬店	
店舗若しくは営業所の所在地又は営業の区域		東京都豊島区○○○ ○丁目 ○番 ○号 ○○ビル○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の氏名を記載します。		
(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氏名		代表取締役 ○○○○ 取締役 ○○○○	
申請者（法人にあつては、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)	拘禁刑以上の刑に処せられなくなった後、3年を経過していない者	全員なし
	(4)	法、麻薬及び向精神薬取に関する法令で政令で定め違反行為があつた日から	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は	全員なし
	(6)	精神の機能の障害により必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	全員なし
	(7)	医薬品販売業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			

あり、なしを記載します。
法人の場合で業務に責任を有する役員が複数名いる際には、「全員なし」と記載します。
個人開設や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。

店舗販売業

上記により、配置販売業 許可の更新を申請します。
卸売販売業

○ 年 ○ 月 ○ 日

住所
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

○○県○○市○○ ○丁目○○番○○号

株式会社○○薬店
代表取締役 ○○○○

氏名

この申請に関する担当者、連絡先を記載します。

豊島区保健所長

電話番号 ○○ (○○○○) ○○○○
担当者名 ○○○○