

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・有効期間の始期を記載します。

許可番号及び年月日		〇〇〇〇〇〇〇第 〇〇〇 号 〇 年 〇 月 〇 日	
店舗又は営業所の名称		〇〇薬店	
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 〇〇〇〇 取締役 〇〇〇〇	
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)	禁錮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)	薬事に関する法令で政令で定められた違反行為があつた日から3年を経過していない者	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			

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

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

株式会社〇〇薬店  
代表取締役 〇〇〇〇

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