

薬局開設許可更新申請書

許可番号及び年月日		A-0000 平成〇年〇月〇日	
薬局の名称		〇〇薬局	
薬局の所在地		〒780-0850 高知市丸の内〇丁目〇番〇号〇ビル1階	
変更内容	事項	変更前	変更後
	なし		
（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 桂浜子, 取締役 日曜市太郎, 土佐二郎	
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条第2項の規定により取消しの日から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た者	全員なし
	(4)	法第75条第3項の規定により取消しの日から3年を経過していない者	全員なし
	(5)	麻薬取締法第10条第1項の規定により取消しの日から3年を経過していない者	全員なし
	(6)	精神障害者保健福祉法第10条第1項の規定により取消しの日から3年を経過していない者	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	相談時及び緊急時の連絡先（ 088-822-0000 ）		

薬事に関する業務に責任を有する役員全員の氏名を記載してください。

申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載してください。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付してください。

上記により、薬局開設の許可の更新を申請します。

有効期間満了の日の1ヶ月前までに申請をしてください。

令和〇年〇月〇日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 〒780-0000 高知市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名） 株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 桂浜子

高知市保健所長 様

担当者氏名、連絡先：〇〇丈太郎 090-0000-0000