様式第五（第六条関係）

記載例

薬局開設許可更新申請書

許可番号及び年月日		A-○○○○　　令和○年○月○日	
薬局の名称		○○薬局	
薬局の所在地		〒780-0850　高知市丸の内○丁目○番○号○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氏名		代表取締役　桂浜子， 取締役　日曜市太郎，土佐二郎	

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（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[illegible]の日か[illegible]	全員なし
	(3)	拘禁[illegible]ける[illegible]	全員なし
	(4)	法，[illegible]に関[illegible]事違反し[illegible]	全員なし
	(5)	麻薬[illegible]	全員なし
	(6)	精神[illegible]当たつて[illegible]できない者	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

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つ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。

備考	相談時及び緊急時の連絡先（　０８８－８２２－○○○○　）

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　○　年　○　月　○　日

住所（法人にあつては，主たる事務所の所在地）　〒780-○○○○　高知市○○町○丁目○番○号

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

高知市保健所長　様

担当者氏名，連絡先：○○丈太郎　090-○○○○-○○○○