

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日		L-0000 令和〇年〇月〇日	
店舗又は営業所の名称		〇〇ドラッグ〇〇店	
店舗若しくは営業所の所在地又は営業の区域		〒780-0000 高知市〇〇町〇丁目〇番〇号	
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	
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)	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。	全員なし
	(4)		全員なし
	(5)		全員なし
	(6)		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		相談時及び緊急時の連絡先 (電話番号 088-000-0000)	

上記により，店舗販売業の許可の更新を申請します。

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
代表取締役 桂浜子

担当者氏名，連絡先：〇〇次郎 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

高知市保健所長 様