

医薬品販売業許可更新申請書

〒730-8586 電話082-245-2111
住所 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号

氏名 株式会社〇〇〇 代表取締役 廣島 太郎

主たる事務所とは、登記事項証明書に記載された本店→（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

次のとおり ~~卸売販売業~~ 店舗販売業 の許可の更新を申請します。

(※該当しないものに二重線を引いてください)

許可番号及び年月日	第 00000 号 (有効期間開始日) 00年 XX月 XX日		
店舗又は営業所の名称	000 広島店		
店舗又は営業所の所在地	〒730-0043 (電話) 082-241-7408 (FAX) 082-241-2567 (e-mail) 000@△△.××.j p 広島市中区富士見町11番27号 1階 ←許可証のとおり記入		
変更内容	事項	変更前	変更後
(法人にあっては)薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名	00 00、△△ △△、□□ □□		
申請者(法人にあっては、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	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	なし	
	(3) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後、3年を経過していない者	なし	
	(4) 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で定めるもの又はこれに基づく処分を違反し、その違反行為があった日から2年を経過していない者	なし 該当しなければ「なし」と記入	
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし	
	(6) 精神の機能の障害により医薬品販売業者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	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	なし	
備考	相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先 □□□□ 毒薬、冷暗貯蔵医薬品の取扱いなし		
担当者所属・氏名等	0000課 環境 衛 (電話) □□□□		

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。（承諾されない方はお申し出ください。）

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	調査年月日	施設基準等	審査者	許可年月日	許可番号			
		適 ・ 否			第 号			
	(受付)	(伺い)						
	係	専門員	係	係長	課長	照合	公印	施行

(注意)

- 1 変更内容欄には、次に掲げる事項のうち、変更のあった日から３０日以内にこの更新申請書を提出する場合は、当該変更のあった事項について記載してください。
 - (1) 店舗販売業者にあっては、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（以下、「規則」という。）第１５９条の１９第１項各号に掲げる事項
 - (2) 卸売販売業者にあっては、規則第１５９条の２２第１項各号に掲げる事項
 - (3) 薬種商販売業者及び特例販売業者にあっては許可申請書の記載事項
- 2 店舗販売業者にあっては、規則第１５９条の２０第１項各号に掲げる事項について、変更内容欄に記載してください。
- 3 店舗販売業において、薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者に変更があった場合のうち、新たに当該店舗において薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者となった者がいる場合には、その者の薬剤師名簿登録番号及び登録年月日又は販売従事登録番号及び登録年月日を変更後欄に記載してください。
- 4 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)欄及び(2)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、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)欄にあっ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。