



薬局開設許可更新申請書

許可番号及び年月日	第 〇〇 号 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
薬局の名称	〇〇 薬局		
薬局の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇 TEL(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇 FAX(〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 熊本市〇区〇〇△丁目△番△号 〇〇ビル1階		
変更内容	事項	変更前	変更後
	なし	変更事項がなければ「なし」と記載	
含む)の業務を行う役員を 申請者(法人にあっては、 その業務を行う役員を	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと	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たこと	全員なし	
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと	全員なし	
	(4) 薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反したこと	全員なし	
	(5) 後見開始の審判を受けていること	全員なし	
備考			

許可番号は許可証の通り
許可年月日は有効期限の
始めの日

変更事項がなければ「なし」と記載

当該事実がないときには「なし」(申請者が法人の場合で役員が複数いる場合は「全員なし」と記載

上記により、薬局開設の許可の更新を申請します。

〇〇年 〇 月 〇 日 提出日を記載

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) TEL(096)000-0000 FAX(096)000-0000
〒〇〇〇-〇〇〇〇
熊本市〇区〇〇△丁目△番△号

申請者の氏名・住所
法人の場合は、登記上の氏名・住所
氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 ▼▼
代表取締役 □□ □□



熊本市保健所長 様

法人の場合法人印、
個人の場合個人印
を押印

所長	課長	副課長	主査	課員	起案 年 月 日 この申請について、許可証を交付してよろしいか。
受領印	受付印	決裁印			
手数料 11,300円					