

【記入例】

様式第五（第六条関係）

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	〒000-000 TEL(000)000-0000 FAX(000) 000-0000 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	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名いる場合は「全員なし」と記載
(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		□□ □□、〇〇 〇〇	
含む)の欠格事項	(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)	拘禁刑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	全員なし
	(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政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があった日から2年を経過していない者	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし
	(6)	精神の機能の障害により薬局開設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	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			

上記により、薬局開設の許可の更新を申請します。

年 月 日

提出日を記載

申請者の氏名・住所
法人の場合は、登記上の氏名・住所

住所

(法人にあっては、主たる事務所所在地)

TEL(096)000-0000 FAX(096)000-0000

〒000-0000

熊本市〇区〇〇△丁目△番△号

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

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					

☐ 許可証 ☐ 変更届書及びそれに伴う添付書類 ☐ 添付書類 ☐ 診断書((6)該当時)