

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日		第 〇〇 号 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	
店 舗 の 名 称		〇〇 ドラッグストア	
店 舗 の 所 在 地		〒000-0000 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	
(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	
申 請 者 の 業 務 に 関 する 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) 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	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	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	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		

上記により、店舗販売業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
〒000-0000 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

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 11,000 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)

(注意)

- 1 第 159 条の 19 第 1 項各号に掲げる事項について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、変更内容欄に記載すること。また、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付記すること。
- 2 第 159 条の 20 第 1 項各号に掲げる事項についてこの更新申請書を提出する際に変更の予定がある場合は、当該変更の予定がある事項について、変更内容欄に記載すること。
- 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)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すること。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すること。
- 4 保健所の受付印が必要な場合は写しを別途準備すること。