

店 舗 販 売 業 許 可 更 新 申 請 書

許 可 番 号 及 び 年 月 日		第 号 年 月 日	
店 舗 の 名 称			
店 舗 の 所 在 地			
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			
責 任 を 有 す る 役 員 (法 人 に あ っ て は 、 薬 事 に 関 す る 業 務 に 関 す る 欠 格 条 項 に 属 す る 者) の 氏 名	(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	
	(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	
	(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	
	(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	
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	
	(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	
	(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	
備 考		○管理者の種別(薬剤師 ・ 登録販売者) ・管理者が登録販売者の場合、補佐する薬剤師の有無(有・無) ・補佐する薬剤師が有の場合、補佐する薬剤師の氏名 () 店舗電話 () - 担当者名 () 連絡先 () -	

上記により、店舗販売業の許可の更新を申請します。

年 月 日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏 名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

(あて先) 一宮市保健所長

保 健 所 収 受 印	領 収 済 印	許 可 証
	_____円	年 月 日 受領者氏名 _____

(記載上の留意事項)

- 1 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書いてください。
- 2 第159条の19第1項各号について、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してください。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記載してください。
- 3 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)欄にはその理由及び年月日を、(3)欄にはその罪、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。
- 5 住居表示に関する法律等法令により住所又は店舗の所在地の表示に変更があった場合は、備考欄にその新旧を記載してください。

(添付書類)

医薬品販売業許可証