

医薬品販売業許可更新申請書

年月日は、有効期間の
最初の日を記載。

許可番号及び年月日		松医薬第〇〇〇号 〇〇年〇〇月〇〇日	
店舗又は営業所の名称		〇〇薬店	
店舗若しくは営業所の 所在地又は営業の区域		松山市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号〇〇ビル〇階	
変更 内容	事 項	変 更 前	変 更 後
	変更なし		
(法人にあつては) 薬事に関する業務に 責任を有する役員の氏名		松山 太郎	
申請者（法人にあつては、 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	(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つた後、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、その違反行為があつた日から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つて必要な認知、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			

責任役員が複数名おり、全員該当しない場合：全員なし
責任役員が1人のみで、該当しない場合：なし

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

住 所 (法人にあつては、主たる
事務所の所在地) 松山市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇
氏 名 (法人にあつては、名称及
び代表者の氏名) 株式会社〇〇
代表取締役 松山 太郎

松山市保健所長 殿

日中に連絡がとれる番号を
記入。

(担当者)
△△ △△

(連絡先)
〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇