

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び 許可年月日	第 号 年 月 日		
店舗の名称	(電話)		
店舗の所在地	〒		
変更内容	事項	変更前	変更後
(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			
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、取消の日から3年を経過していない者	
	(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つた後、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	
	(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	
	(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	(店舗管理者) 薬剤師・登録販売者 (店舗管理者を補佐する薬剤師の設置) あり・なし		

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 〒
(法人にあつては、主
たる事業所の所在地)

氏 名
(法人にあつては名称)
(及び代表者の氏名)

寝屋川市長 様

【連絡先】 担当者名：
電話番号：