

薬局開設許可更新申請書

記載例

許可番号及び年月日		A-0000 平成〇年〇月〇日	
薬局の名称		〇〇薬局	
薬局の所在地		〒780-0850 高知市丸の内〇丁目〇番〇号 〇〇ビル1階	
変更内容	事項	変更前	変更後
	なし		
申請者(を行う役員を含む。法人にあつてはその業務)	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと	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たこと	全員なし	
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと	全員なし	
	(4) 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たこと	全員なし	
備考	相談時及び緊急時の連絡先 (088-822-0000) 取扱う医薬品の区分 薬局医薬品 (薬局製造販売医薬品を除く) 要指導医薬品 第1類医薬品, 第2類医薬品 (指定第2医薬品を含む), 第3類医薬品		

許可証に記載している許可番号と有効期間の開始日を記入してください。

申請者の欠格条項の(1)欄から(4)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)及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、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つた場合はその年月日を、(4)欄にあつて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。

上記により、薬局開設の許可の更新を申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

有効期間満了の日の1ヶ月までに申請をしてください。

住所

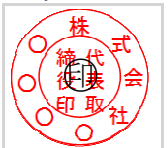
(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

〒780-0000 高知市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社 〇〇〇〇
代表取締役 桂浜子



担当者氏名、連絡先：〇〇丈太郎 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇