

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日	第 999999999 号 平成 年 月 日 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">許可年月日は、許可証有効期限の初めの日付です。</div>	
店舗の名称	医薬品 042 () × ×	
店舗の所在地	東京都立川市曙町 丁目 番号 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 5px auto;">許可証のとおり記入</div>	
変更内容	事項 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">更新手続き時、変更事項があれば、別途、変更届を提出してください。</div>	
申請者の欠格条項 (法人にあっては、その業務を行う役員及び令第5条に規定する者を含む。)	(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。	なし
	(2) 禁錮以上の刑に処せられたこと。	なし
	(3) 薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと。	なし
	(4) 後見開始の審判を受けていること。	なし
備考	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">法人の場合は、備考欄に被知識経験認定者が役員である旨を記入してください。</div>	

~~一般販売業~~ (~~卸売~~ ~~一般販売業~~ を除く)
 上記により、 ~~卸売~~ ~~一般販売業~~ の許可の更新を申請します。
~~薬種商販売業~~
~~特例販売業~~ (歯科・酸素等・その他)

平成 年 月 日 ←

更新手続きをされる際に窓口で記入してください。

住所
 [法人にあっては、主たる事務所の所在地]
 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

開設者住所・氏名を記入してください。

氏名
 [法人にあっては、名称及び代表者の氏名]
 株式会社 医薬品
 代表取締役 田 × 子
 印 ()

代表者印を押印してください。

電話番号 03 (5320) × ×
 担当者名 担当者名 田 × 子
 ←

連絡先・担当者名を記入してください。

~~東京都知事~~
 殿
 東京都 保健所長