

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日	第 号 平成 年 月 日 許可年月日は、許可証有効期限の初めの日付です。
店舗の名称	医薬品 03(5320) × ×
店舗の所在地	東京都新宿区西新宿二丁目8番1号ビル 許可証のとおり記入
変更内容	事項 更新手続き時、変更事項があれば、別途、変更届を提出ください。
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。 全員なし
	(2) 禁錮以上の刑に処せられたこと。 全員なし
	(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。 全員なし
	(4) 後見開始の審判を受けていること。 全員なし
備考	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。

上記により、~~一般販売業(卸売一般販売業を除く)~~
~~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 ← 更新の手続きをされる際に窓口で記入してください。

住所 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号
 [法人にあっては、主たる事務所の所在地]
 開設者住所・氏名を記入してください。

氏名 株式会社 医薬品
 [法人にあっては、名称及び代表者の氏名] 代表取締役 田 × 子
 代表者印を押印してください。

電話番号 03(5320) × ×
 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