

様式第七十八（第百四十二条、第百四十九条、第百五十五条関係）

医薬品販売業許可更新申請書

現在の許可証の許可番号・有効期間の開始日をご記入ください。					
許可番号及び年月日		第○○○○○○○○○○○○○○○号 ○○○○年○○月○○日			
店舗又は営業所の名称		○○薬品 町田店			
店舗若しくは営業所の所在地又は営業の区域		町田市 中町△丁目△番△号 2階 Tel 0 4 2 （×××） ××××			
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		町田 花子、町田 一郎			
欠格条件 （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。）の役員が、 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 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 ③当該がなければ右欄へ「なし」とご記入ください。 法人で対象の役員が複数いる場合は「全員なし」とご記入ください。 該当する場合は、事前にご相談ください。 ④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って必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 ⑤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	(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		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		なし	
	(3)			なし	
	(4)			なし	
	(5)			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って必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者		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		なし	
備 考					

店舗販売業
上記により、 の許可の更新を申請します。

~~卸売販売業~~

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

住 所
(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

東京都町田市森野〇丁目〇番〇号
7階705番

氏 名
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社〇〇薬品
代表取締役 町田 花子

町田市保健所長 殿

電話番号 090 (××××) ××××

担当者名 町田太郎