

許可証に記載されている許可番号と有効期間の開始日をご記入ください。

**記載例**

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日		第 ○○○○○○○○○○ 号 ○○○○年 ○月 ○日	
店舗又は営業所の名称		○○ドラッグ 町田店	
店舗若しくは営業所の所在地又は営業の区域		町田市森野二丁目○番○号 Tel.042(722)67XX	
変更内容	事項	変更前	変更後
	なし	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。	
(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	
申請者に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する業務)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、取消しの日から3年を経過していない者	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、取消しの日から3年を経過していない者	全員なし
	(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	全員なし
	(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	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし
	(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	全員なし
	(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	全員なし
備考		当該事実がある場合は、事前にご相談ください。	

店舗販売業

上記により、 の許可の更新を申請します。 ← 該当する販売業を○で囲んでください。

卸売販売業

年 月 日 ← 手続きされる際に窓口でご記入ください。

住所 東京都町田市森野二丁目○番○号  
 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) ← 開設者住所・氏名をご記入ください。

氏名 株式会社○○薬品 代表取締役 町田 花子  
 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

町田市保健所長 殿

担当者名・電話番号をご記入ください。 → 担当者名 町田 太郎  
 電話番号 042(722)67XX