

薬局開設許可更新申請書

許 可 番 号 及 び 年 月 日		第○○○○○○○○○○○○○○○○○○号 ○○○○年○○月○○日	
薬 局 の 名 称		○○薬局 町田店	
薬 局 の 所 在 地		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	
に 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 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	なし
	(2)	該当がなければ右欄へ「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。	なし
	(3)		なし
	(4)		なし
	(5)		なし
	(6)		なし
	(7)	薬局開設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			

上記により、薬局開設の許可の更新を申請します。
申請時に窓口でご記入ください。

○○○○年○○月○○日

住 所
(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

東京都町田市森野○丁目○番○号
7 階 7 0 5 番

株式会社○○薬品
代表取締役 町田 花子

町田市保健所長 殿

電話番号 0 9 0 (××××) ××××
担当者名 町田太郎