

薬局開設許可更新申請書

許可番号及び年月日		許可証に記載されている番号及び有効期間開始年月日 〇〇第 〇〇〇〇〇〇 号 〇〇年〇月〇日	
薬局の名称		許可証に記載されている名称 〇〇薬局	
薬局の所在地		許可証に記載されている所在地 山形市城南町一丁目1番1号	
変更内容	事項	変更前	変更後
	なし	変更事項ない場合は、「なし」と記載 変更事項ある場合は、注意3、4を参照	
(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		〇〇 〇〇	
申請者に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する業務の欠格条項を含む。)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、取消の日から3年を経過していない者	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った後、3年を経過していない者	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	なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし
	(6)	精神の機能の障害により薬局開設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	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			

欠格条項に該当無い場合は「なし」と記載。法人で責任役員が複数の場合は、「全員なし」と記載。

(6) に該当するおそれがある場合、該当者に係る医師の診断書を添付してください。

上記により、薬局開設の許可の更新を申請します。

年 月 日

提出日を記載してください。

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)
山形市城南町一丁目1番1号
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 代表取締役 〇〇 〇〇

個人：個人の住所及び氏名
法人：登記された所在地・名称・代表者氏名

(あて先) 山形市保健所長

連絡(担当)者名：やまがた べに 連絡先 TEL：080-0000-XXXX

ご担当者の氏名と連絡先を記載してください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 第16条第1項各号に掲げる事項について変更のあつた日から30日以内にこの更新申請書を提出する場合は、当該変更のあつた事項について、変更内容欄に記載すること。また、薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者に変更があつた場合のうち、新たに当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者となつた者がいる場合には、その者の薬剤師名簿登録番号及び登録年月日又は販売従事登録番号及び登録年月日を変更後欄に付記すること。
- 4 第16条の2第1項各号に掲げる事項についてこの更新申請書を提出する際に変更の予定がある場合は、当該変更の予定がある事項について、変更内容欄に記載すること。
- 5 申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)欄及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。