

薬局製剤製造販売業許可更新申請

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 〇〇〇〇〇〇〇 号 〇〇年〇月〇日		
主たる機能を有する事務所(薬局)の名称	許可証に記載されている名称 〇〇薬局		
主たる機能を有する事務所(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		
許可の種類	薬局製剤製造販売業許可		
(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		
総括製造販売責任者	氏名	山形 べに	資格 薬剤師登録番号：第 号 薬剤師登録年月日： 年 月 日
	住所	山形市△△町□丁目□番□号	
備考	薬局開設許可番号： 薬局開設許可年月日：		

薬剤師名簿の登録番号、登録年月日を記載してください。

薬局開設許可証に記載されている番号及び有効期間開始年月日を記載してください。

上記により、薬局製剤の製造販売業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

(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、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 総括製造販売責任者の資格欄には、薬剤師の薬剤師名簿の登録番号及び登録年月日を記載すること。
- 4 備考欄にその薬局の開設許可番号及び許可年月日を記載すること。