

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 薬剤師名簿の登録番号、 登録年月日を記載して ください。		
総括製造販売責任者	氏名	山形ベニ	資格
	住所	山形市△△町口丁目口番口号	
備考	薬局開設許可番号： 薬局開設許可年月日： 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：やまがたベニ

連絡先 TEL：080-〇〇〇〇-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 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。