

様式第十一（第二十三条関係）

薬局製剤製造販売業許可更新申請

許 可 番 号 及 び 年 月 日			
主たる機能を有する事務所 (薬局)の名称			
主たる機能を有する事務所 (薬局)の所在地			
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			
総括製造販売責任者	氏 名	資 格	薬剤師登録番号：第 号 薬剤師登録年月日： 年 月 日
	住 所		
備 考	薬局開設許可番号： 薬局開設許可年月日：		

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

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）

（あて先）山形市保健所長

連絡（担当）者名 \_\_\_\_\_ 連絡先 TEL: \_\_\_\_\_

(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。