

店舗販売業許可更新申請書

許 可 番 号 及 び 年 月 日		第 号 年 月 日	
店 舗 の 名 称			
店 舗 の 所 在 地		〒 - TEL 0178 - -	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
( 法 人 に あ っ て は ) 薬 事 に 関 す る 業 務 に 責 任 を 有 す る 役 員			
務 申 請 者 ( 法 人 に あ っ 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		
	(2) 法第 75 条の 2 第 1 項の規定により登録を取り消され、取消しの日から 3 年を経過していない者		
	(3) 拘禁刑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		
	(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、その違反行為があった日から 2 年を経過していない者		
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者		
	(6) 精神の機能の障害により店舗販売業者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者		
	(7) 店舗販売業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		
備 考			

上記により、店舗販売業の許可の更新を申請します。

年 月 日

〒 -

住 所 (法人にあっては、主たる事業所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

担当者 氏 名 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_

(あて先) 八戸市保健所長

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 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 第 159 条の 19 第 1 項各号に掲げる事項について変更のあった日から 30 日以内にこの更新申請書を提出する場合は、当該変更のあった事項について、変更内容欄に記載すること。
- 4 第 159 条の 20 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 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った場合のうち、新たに当該店舗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っ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。
- 6 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っ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。

手数料	確認者
¥11,700	