医薬品販売業許可更新申請書

<table>
<tr><td colspan="2">許可番号及び年月日</td><td colspan="2">平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">店舗の名称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">店舗の所在地又は営業区域</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">変更内容</td><td>事　　　項</td><td>変　更　前</td><td>変　更　後</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">申請者（法人にあっては、その業務を行う役員及び令第五条に規定する者を含む。）の欠格条項</td><td>(1)　法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>(2)　禁錮以上の刑に処せられたこと</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>(3)　薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>(4)　後見開始の審判を受けていること</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　　考</td><td colspan="2">特例販売業の許可区分
１種、１種旅行用、１種歯科用、１種ガス性</td></tr>
</table>

上記により、特例販売業の許可の更新を申請します。

平成　　年　　月　　日

住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）　　　　　　印

（あて先）札幌市保健所長

連絡先：電話　　　　　　担当者

手数料	受付印
１２，５００円	
領収印	