

医薬品販売業許可更新申請

許可の有効期間の始期を記載
(許可の証明年月日ではない)

許可番号及び年月日	札幌××第○○○○号 平成××年××月××日		
店舗の名称	株式会社○○商事 ○○店		
店舗の所在地又は営業区域	札幌市**区○○条△丁目□-□ ○○ビル1階		
変更内容	事項	変更前	変更後
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	(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	/	
	(2) 禁錮以上の刑に処せられたこと		
	(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		
	(4) 後見開始の審判を受けていること		
備考	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		

名称・所在地は許可証のとおり記載

該当するものを選択

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

捨印

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 東京都○○区××△-□-□

欄外に捨印を押印

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 株式会社○○商事
代表取締役 ○藤 ○夫 印

法人の場合は、代表者印を押印

(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	