

医療品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日	平成 年 月 日		
店舗又は営業所の名称			
店舗もしくは営業所の所在地又は営業の区域			
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
申請者（法人にあつては、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			

上記により、店舗販売業 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）

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	