

医療品販売業許可更新申請書

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		
店舗又は営業所の名称	○○ドラッグ ××店		
店舗もしくは営業所の所在地又は営業の区域	札幌市××区○○条○○丁目△-△ ○○ビル○○階		
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	全員なし	
	(2) 禁錮以上の刑に処せられたこと	全員なし	該当する事実がある場合はその内容を詳細に記載
	(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	全員なし	
	(4) 後見開始の審判を受けていること	全員なし	
備考			

名称・所在地は、許可証に記載されているとおり正確に記載

該当する事実がある場合はその内容を詳細に記載

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

捨印を押印

捨印

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 東京都××区○○-△-△

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 ○○ドラッグ
代表取締役 ○○ ×× 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	