

## 医薬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		
店舗の名称			
店舗の所在地又は営業区域			
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			

上記により、薬種商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	