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）

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日		札保○○第××○○号　平成○○年××月×○日	
店舗の名称		○○○薬店	
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
規定する者を含む。）の欠格条項業務を行う役員及び令第五条に申請者（法人にあっては，その	(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	
	(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			

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，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）東京都○○区××△－□－□

法人の場合は，代表者印を押印

捨印

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

(あて先)札幌市保健所長

連絡先：電話○○○－××××　担当者○田

手数料	受付印
１２，５００円	
領収印	