

上部余白に所定の金額の北海道
収入証紙を貼り、申請者の印鑑
又は署名で消印

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	第〇〇〇〇号	平成△△年△△月△△日	
店舗又は営業所の名称	「店舗名称」は空欄とすること		
店舗もしくは営業所の所在地又は営業の区域	北海道一円		
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	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
	(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			

上記により、配置販売業 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 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

札幌市××区〇〇-△-△

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

株式会社 〇〇

代表取締役 〇〇 ×× 印

法人の場合は、
代表者印を押印

北海道知事 様

連絡先： 電話 〇〇〇-×××-×〇×〇 担当者 〇〇 ××