

藥局開設許可更新申請書

申請手数料納付済

年 月 日

円

領収No 印

薬 局 開 設 許 可 更 新 申 請 書

許 可 番 号 及 び 年 月 日		第〇〇〇〇号 元号〇年〇月〇日		有効期間の始期 を記載。
薬 局 の 名 称		〇〇薬局		
薬 局 の 所 在 地		久留米市城南町15番地3 (TEL 0942-00-0000)		
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後	
	なし	変更事項がなければ「なし」と記載。	名称・所在地は許可証 どおりに記載。	
(法人にあっては) 薬 事 に 関 する 業 務 に 責 任 を 有 する 役 員 の 氏 名		久留米 太郎		
申 請 者 （ 法 人 に あ っ て は 、 薬 事 に 関 する 業 務 に 関 する 役 員 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、取消しの日から3年を経過していない者	なし	
	(2)	法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	なし	
	(3)	拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後、3年を経過していない者	なし	
	(4)	法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があった日から2年を経過していない者	なし	
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし	
	(6)	精神機能の障害により薬局開設者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断および意思疎通を適切に行うことができない者	なし	
	(7)	薬局開設者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	なし	
備 考				

上記により、薬局開設の許可の更新を申請します。

元号〇年〇月〇日

住 所

(法人にあっては、主
たる事務所の所在地)

福岡県福岡市〇〇区〇〇 〇番地

(TEL 092- 〇〇〇〇)

氏 名

(法人にあっては、名
称及び代表者の氏名)

株式会社〇〇薬局

代表取締役 久留米 太郎

【連絡先： 090-0000-0000 担当者名： 久留米 次郎 】

久留米市保健所長 あて

申請手数料納付済

年 月 日

円

領収No

印

(1)～(7)について
・該当がなければ「なし」と記載。
・法人で責任を有する役員が複
数名おり、全員該当しない場合
は「全員なし」と記載。
・該当がある場合は詳細を記載。