様式第五（第六条関係）

記入例

薬局開設許可更新申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 許可番号及び年月日 | 　**〇保第１２３４号　平成〇〇年☓月〇日**許可年月日は、許可証有効期間の始めの日付です。 |
| 薬局の名称 | 　**〇〇薬局** |
| 薬局の所在地 | 　**埼玉県〇〇市☓☓一丁目２番地３** |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
| **なし** | 　変更事項がある場合は、別途、変更届を提出してください。 | 　 |
| (法人にあつては)薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名 | **○○　太郎、○〇　花子** |
| に責任を有する役員を含む。）の欠格条項申請者（法人にあつては、薬事に関する業務 | (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 | **全員なし** |
| (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 | **全員なし** |
| (3) | 禁錮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つた後、３年を経過していない者 | **全員なし** |
| (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、その違反行為があつた日から２年を経過していない者 | **全員なし** |
| (5) | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 | **全員なし** |
| (6) | 精神の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つて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 | **全員なし** |
| (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 | **全員なし** |
| 備考 |  |

　上記により、薬局開設の許可の更新を申請します。

**令和　３**年　**○**　月　**▽**　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　**埼玉県〇〇市☓☓一丁目２番地３**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　**〇〇株式会社**

**代表取締役　〇〇　〇〇**

（宛先）

立入調査の日程調整等連絡を行う為に必要なので、記載してください。

埼玉県〇〇保健所長

連絡先：048-000-0000

担当者：〇〇　〇〇