

様式第五（第六条関係）

注意 「年月日」は薬局開設許可証の下部にある、有効期間の始めの日付を記載。

薬局開設許可更新申請書

許可番号及び年月日	A-●●●● ●●年●●月××日		
薬局の名称	○○薬局 県庁前店		
薬局の所在地	〒780-0000 高知市丸ノ内1-2-○		
変更内容	事項	変更があつてから30日以内に更新申請書を提出する場合、若しくは、更新申請を提出する際、変更の予定はある場合は、その事項を記載。該当事項がない場合は、「なし」と記載。 *注意* 変更届は別途提出が必要。	
	なし		
(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		高知 太郎 桂浜 花子	
申請者(法人にあつては、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。)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年か	全員なし
	(2)	法第75条第2項の規定により取消しの日から3年か	全員なし
	(3)	禁錮以上の刑に処せられたこと	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。

○○年○○月○○日

申請書を提出する日付。

個人の場合: 現住所、個人名を記載。
法人の場合: 登記された本社の所在地、登記された商号及び代表取締役名を記載。

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒780-0000 高知県高知市丸ノ内1-2-○
氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 有限会社 県庁調剤薬局 代表取締役 高知 太郎

連絡先・担当者名 088-0000-△△△△、担当:上町

高知県知事 様

書類に関する問い合わせ先・担当者名を記載。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 第16条第1項各号に掲げる事項について変更のあつた日から30日以内にこの更新申請書を提出する場合は、当該変更のあつた事項について、変更内容欄に記載すること。また、薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者に変更があつた場合のうち、新たに当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者となつた者がいる場合には、その者の薬剤師名簿登録番号及び登録年月日又は販売従事登録番号及び登録年月日を変更後欄に付記すること。
- 4 第16条の2第1項各号に掲げる事項についてこの更新申請書を提出する際に変更の予定がある場合は、当該変更の予定がある事項について、変更内容欄に記載すること。
- 5 申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)欄及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。