

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日	第 _____ 号 平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
店舗の名称	記載を要しない				
営業区域	東京都 一 円				
変更内容	事項		変更前		変更後
申請者(法人にあつては、その業務を行う役員及び令第50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			
	(2)	禁錮以上の刑に処せられたこと			
	(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			
	(4)	後見開始の審判を受けていること			
備考	<input type="radio"/> 兼営事業の種類 _____ <input type="radio"/> 区域管理者について(どちらかに○をつけてください) <input type="checkbox"/> 被知識経験認定者が区域管理者です。 <input type="checkbox"/> 被知識経験認定者以外の者が区域管理者です。(下記に氏名住所を記載してください) 区域管理者氏名 _____ 区域管理者住所 _____				

上記により、配置販売業の許可の更新を申請します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所
 (法人にあつては、主たる
 事務所の所在地)

氏 名
 (法人にあつては、名称
 及び代表者の氏名)

東 京 都 知 事 殿

電話番号

担当者名