

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 _____ 許可年月日は、許可証有効期間の初めの日付です。		
営業区域	東京都 一 円		
変更内容	事項	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	全員なし	該当がなければ、それぞれ「なし」と記入してください。法人で役員が複数いる場合には、「全員なし」と記入してください。
	(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	<input type="checkbox"/> 兼営事業の種類 _____ <input type="checkbox"/> 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 _____ 必ずどちらかに○をつけてください。		

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 東京都新宿区百人町3-24-1
 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)
 開設者住所・氏名を記入してください。

氏名 株式会社 ○○医薬品
 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 代表取締役 ○田 ×子

東京都知事 殿

申請内容について問い合わせさせていただく場合がありますので記入してください。 電話番号 03(5321)1111 担当者名 ○田 ×子