

様式第五 (第六条関係)

薬局開設許可更新申

有効期間の始期を記載

許可番号及び年月日		〇〇-×× 平成〇〇年〇月×日	
薬局の名称		〇〇薬局 ××店	
薬局の所在地		〒×××-×〇×〇 小樽市〇丁目△番×号 〇〇ビル〇〇階 TEL〇〇-××××FAX〇〇-△△△△	
変更内容	事項	変更前	変更後
	変更内容によっては、更新ではなく新規申請となる ことがありますので、事前にご相談ください		
(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名		代表取締役	〇〇 ××
		取締役	〇〇 △△
		取締役	〇〇 ◇◇
申請者に責任を有する役員(法人にあっては、薬事に関する業務の欠格条項を含む)の業務	(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った後、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知分に違反し、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	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	【相談時及び緊急時の電話番号その他の連絡先】 相談時及び緊急時の電話番号：0134-〇〇-×××× 薬局の電話番号：0134-〇〇-××××  *相談等の連絡先及び販売する医薬品の区分(別紙)は、平成26年6月12日の薬事法の改正に伴う届出事項		

該当する事実がある場合は、その内容を詳細に記載

令和 年 月 日

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 〇〇市××区△△□丁目△番□号

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 ××薬局  
代表取締役 〇〇 ××

小樽市保健所長 様

連絡先： 電話

担当者：