

様式第七十八（第百四十二条、第百四十九条、第百五十五条関係）

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日	第〇〇-××号 令和〇〇年〇月×日		
店舗又は営業所の名称	〇〇ドラッグ ××店		
店舗若しくは営業所の所在地又は営業の区域	〒×××-×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
	なし		
(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氏名	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。	(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)	医薬品販売業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-××××		

現許可証の有効期間の始期を記載してください。
※許可証の発行日ではないので注意願います。

変更なければ「なし」と記載し、変更ある場合は、その内容を詳細に記載してください。

・(3)該当する事実がある場合は、その内容を詳細に記載
・(6)に該当者がいる場合は診断書の添付が必要

上記により、店舗販売業の許可の更新を申請します。

令和 7年 2月 3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 ××ドラッグ
代表取締役 〇〇 ××

小樽市保健所長 様

連絡先：電話 011-000-0000 担当者：〇〇