

許可年月日は、許可証有効期間の初めの日付です。

(記載例)

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日	第 号 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	
	(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			

変更事項があれば、別途「変更届」を提出してください。

上記により、配置販売業の許可の更新を申請します。

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。

平成 年 月 日

住所
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

開設者住所・氏名を記入してください。

氏名
〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕

株式会社 医薬品
代表取締役 田 × 子 印

代表者印を押印してください。

東京都知事 殿

電話番号 03(5321)1111

担当者名 田 × 子