

## 様式第九十(第百七十八条関係)

販売業  
許可更新申請書

販売業だけの場合は、  
『貸与業』を二重線で消  
してください

許可証を参照し、「有  
効期間の開始日」を  
記入してください

許可番号及び年月日		柏保第〇〇〇〇号, 令和〇年〇月〇日	
薬機法・毒物及び劇物取締法に関連する事業がある場合、兼営事業の種類を記載してください。該当ない場合は、「なし」と記載してください。		名 称 ○〇〇〇	
		在 地 柏市〇〇一-一-一	
		概 要 令和〇年〇月〇日付け〇〇のとおり	
		種 類 薬局	責任役員が複数名いる場合、全員の氏名を記載してください
(法人にあつては)薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名		○〇〇〇 ○〇〇〇	
変更内容	事	変更がある場合は、変更届を合わせて提出してください	更 前 変 更
	なし		
申請者(法人にあつては、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。)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、取消しの日から3年を経過して	責任役員が複数名いるときは、「全員なし」	全員なし
	(2) 法第75条の2第1項の規定により許可を取り消しの日から3年を経過して	1名のときは「なし」と記載してください。	全員なし
	(3) 拘禁刑以上の刑に処せられ、執行を受けることがなくない者	該当する場合は、記載が異なりますので事前にご連絡ください。	全員なし
	(4) 法、麻薬及び向精神薬取扱いの他薬事に関する法令に基づく処分に違反し、2年を経過していない者	それら	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	全員なし
	(6) 精神の機能の障害により高度管理医療機器等の販売業者等の業務を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	全員なし
	(7) 高度管理医療機器等の販売業者等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	全員なし
	備 考		

上記により、高度管理医療機器等の販売業の許可の更新を申請します。

令和〇年〇月〇日

販売業だけの場合は、  
『貸与業』を二重線で消  
してください

住 所 柏市〇〇一-一-一  
株式会社〇〇  
氏 名 代表取締役 〇〇 〇〇

柏市長

様

担当者氏名 〇〇〇〇  
電話番号 〇〇〇〇

(注意)

- 1 用紙は、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 営業所の構造設備の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 兼営事業の種類欄には、高度管理医療機器等の販売業又は貸与業以外の業務を併せて行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。
- 5 変更内容欄には、第174条第1項各号に掲げる事項のうち、この更新申請書を提出する時までに変更のあつた事項について、記載すること。
- 6 申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。