

## 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                          |     |
| 店舗又は営業所の名称  |   |                                    |     |
| 店舗若しくは営業所の所在地<br>又は営業の区域  |   | 〒<br>京都市 区<br><br>電話 - -           |     |
| 変更内容  | 事項  | 変更前                                | 変更後 |
|   |   |                                    |     |
| の<br>欠<br>格<br>条<br>項<br><br>の<br>申<br>請<br>者<br>（<br>法<br>人<br>に<br>あ<br>っ<br>て<br>は<br>そ<br>の<br>業<br>務<br>を<br>行<br>う<br>役<br>員<br>を<br>含<br>む<br>。） | (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          |     |
|   | (2)   | 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと        |     |
|   | (3)   | 禁錮以上の刑に処せられたこと                     |     |
|   | (4)   | 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たこと |     |
| 備 考   | ・申請者（申請者が法人であるときは、その業務を行う役員を含む。）が精神の機能の障害により業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができないおそれの有無<br><input type="checkbox"/> 無<br><input type="checkbox"/> 有（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） |                                    |     |

上記により、店舗販売業の許可の更新を申請します。

年 月 日  
〒

住 所 { 法人にあつては、主たる事務所の所在地 }

氏 名 { 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 }

(印)

電話 - -

(あて先) 京 都 市 長