

薬 局 開 設 許 可 更 新 申 請 書

事 項	薬局開設の許可を更新しようとするとき
根拠法令	法 律 第4条、第11条 施行令 第2条の2、第2条の14 施行規則 第6条
提出部数	1部（松本市保健所）
添付書類	薬局開設許可証の原本
手数料	11,900円
そ の 他	許可証を紛失した場合、再交付申請手続きを併せて行う。

薬局開設許可更新申請書

記載例

許可番号及び年月日		〇〇〇〇〇〇〇〇 令和〇年〇月〇日	
薬局の名称		〇〇薬局	
薬局の所在地		松本市〇〇	
変更内容	事項	変更前	変更後
	<input checked="" type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり ()		
(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		(法人の場合は必ず記載してください) 代表取締役 〇〇 〇〇 取締役 〇〇 〇〇	
申請者(法人にあっては、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、取消の日から3年を経過していない者	<input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(2)	法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	<input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(3)	拘禁刑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	<input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(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	<input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(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	<input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(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	<input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
備考			

許可証を見て記入してください。

上記により、薬局開設の許可の更新を申請します。

年 月 日

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇

東京都新宿区〇丁目〇〇

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

松本市長 殿

氏名 株式会社〇〇

代表取締役 〇〇

薬 局 開 設 許 可 更 新 申 請 書

許 可 番 号 及 び 年 月 日			
薬 局 の 名 称			
薬 局 の 所 在 地			
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり ()		
(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		(法人の場合は必ず記載してください)	
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 年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(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	<input type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(3)	拘禁刑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	<input type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(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	<input type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(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	<input type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(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	<input type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
備 考			

上記により、薬局開設の許可の更新を申請します。

年 月 日

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

住 所

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

氏 名

松本市長 殿