

手数料 (11,000 円)

※記入はしないでください。< 保健所担当者確認・記入欄 >

納付書による納入 (納付書番号: \_\_\_\_\_ 納入済証確認: / 確認者: \_\_\_\_\_)

キャッシュレス決済 ・ クレジットカード ・ 電子マネー ・ スマートフォン決済

( 銘柄: \_\_\_\_\_ 伝票番号: \_\_\_\_\_ 決済確認日: / 決済処理者: \_\_\_\_\_ )

様式第七十八 ( 第四百四十二条関係 )

### 医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日		神戸第 _____ 号 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
ふりがな			
店舗の名称			
店舗の所在地		〒 _____ 区 TEL ( _____ ) _____	
変更内容	事項	変更前	変更後
( 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			
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、取消しの日から3年を経過していない者	
	(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	
	(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	
	(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、その違反行為があった日から2年を経過していない者	
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	
	(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	
	(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	
備考	ふりがな 申請担当者 _____ TEL ( _____ ) _____ 届出等に用いる電子メールアドレス: _____		

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 ( 法人にあっては、主たる事務所の所在地 )  
〒 \_\_\_\_\_

( ふりがな )  
氏 名 ( 法人にあっては、名称及び代表者氏名 )

TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

神戸市保健所長 あて

(注意)

- 1 用紙の大きさは、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 略
- 4 次に掲げる事項について変更のあつた日から30日以内にこの更新申請書を提出する場合は、当該変更のあつた事項について、変更内容欄に記載すること。
  - (1) 店舗販売業者にあつては、第159条の19第1項各号に掲げる事項  
※別途変更届も提出すること
- 5 店舗販売業者にあつては、第159条の20第1項各号に掲げる事項についてこの更新申請書を提出する際に変更の予定がある場合は、当該変更の予定がある事項について、変更内容欄に記載すること。  
※別途変更届も提出すること
- 6 店舗販売業において、薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者に変更があつた場合のうち、新たに当該店舗において薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者となつた者がいる場合には、その者の薬剤師名簿登録番号及び登録年月日又は販売従事登録番号及び登録年月日を変更後欄に付記すること。
- 7 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)欄及び(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つ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。