

医薬品販売業許可更新申請書

年月日は許可証にある有効期間の
開始日を記入してください。

許可番号及び年月日		第 I●●●●● 号 ●● 年 ●● 月 ●● 日	
店舗又は営業所の名称		ドラッグストア仙台市役所	
店舗若しくは営業所の所在地又は営業の区域		〒 980-8671 仙台市 青葉 区 国分町三丁目 7-1 仙台市役所本庁舎 6 階 TEL 022 (214) 8085 FAX 022 (211) 1915	
変更内容	事項	変更前	変更後
(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		代表取締役 仙台 太郎 取締役 青葉 薫 ☐ 個人申請のためなし	
申請者(法人にあつては、薬事に関する業務に欠格条項を有する役員を含む。)	(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	なし
	(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	なし
	(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	なし
	(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	なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし
	(6)	精神の機能の障害により店舗販売業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	なし
	(7)	店舗販売業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	なし
備考			

上記により、店舗販売業の許可の更新を

郵送提出の場合→発送年月日
窓口提出の場合→提出年月日

●●年 **●●**月 **●●**日

住所〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

仙台市青葉区国分町三丁目 7-1

届出内容について分かる方のお名前と連絡先をお願いします。
内容について問い合わせる場合があります。

〔では、名
者の氏名〕

株式会社仙台市役所
代表取締役 **仙台 太郎**
TEL **022 (214) 8085**

連絡（担当）者名 **青葉 薫**

連絡先 TEL **022-214-8085**

(注意)

- 1 許可証を添えること。
- 2 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 3 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 4 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。