別紙36

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者（法人にあっては、その業務を行う役員及び令五十条に規定する者を含む。）の欠格条項 |  (1) |  第　　 　　　　号・　　　 　年 　　月 　　日 |  |
|  (2) |  |
|  (3) |  〒　　　－ 　 　℡　　　　－　　　－ |
|  変 更 内 容 |  (4) 事　　　　項 |  変　　更　　前 |  変　　更　　後 |
|  |  |  |
|  　　 |  (5) 　  　 　たこと |  |
|  (6) 　  |  |
|  (7) 　  　 　したこと |  |
|  (8)  |  |
|  (9)備　　　　　　　 考 |  |

 □

 上記により、 □ 　　の許可の更新を申請します。

 □ 配 置 販 売 業

　　　　　　　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）

　熊本県知事　　　　　　　　 様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 決裁区分 | 課長 | 文書分類 | 分類記号 | 006-003-002-001 | 主題名 | 申請の受付及び審査等に関する文書 | 保存期限 | ５年 |  |
|  本申請について、許可証を交付してよろしいか。　　　 　　　　　 起案　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 課　長（所　長） |  課長補佐 （次　長） |  薬事班長 （次　長） |  監視麻薬班長 （課　長） | 主　幹 | 起 案 者 | 課　　員 | 公印承認 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  　 |   |   |  |
|  |  |  |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

収入証紙貼付欄（11,300円分）

【記入上の注意】　医薬品販売業許可更新申請書

・黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、はっきりと記入してください。

・提出先

店舗の所在地が熊本市の場合は、熊本県健康福祉部薬務衛生課です。

店舗の所在地が熊本市以外の場合は店舗の所在地を管轄する保健所です。

・提出部数は１部です。

(1) 許可年月日は、許可証に記載されている現在の有効期間の初日の年月日を記入してく　ださい。

(4) 次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った事項につい　て、記入してください。

 1　第144条第1項に規定する者にあつては、法第26条第3項ただし書の許可に係る販売先 及び販売品目

 2　薬種商販売業、配置販売業及び特例販売業にあつては、許可申請書の記載事項

(5)から(8) 当該事実がないときには「なし」と記入し、あるときは、(5)欄にはその理由

　及び年月日を、(6)欄にはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終り、又は執行

　をうけることがなくなった場合はその年月日を、(7)欄にはその違反の事実及び年月日

　を、(8)欄には「ある」と記入してください。

・該当する申請区分の□内に、✓印を記入してください。

※ 添付書類

　・各申請区分の許可証