

様式第五 (第六条関係)

薬局開設許可更新申請書

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 <b>A●●●●●●</b> <b>●●</b> 年 <b>●●</b> 月 <b>●●</b> 日	
薬局の名称	<b>仙台市役所薬局</b>	
薬局の所在地	〒 <b>980 - 8671</b> 仙台市 <b>青葉</b> 区 <b>国分町三丁目 7-1</b> 仙台市役所本庁舎 6 階 TEL <b>022 ( 214 ) 8085</b> FAX <b>022 ( 211 ) 1915</b>	
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名	<b>代表取締役 仙台太郎 取締役 青葉 薫</b> <input type="checkbox"/> 個人申請のためなし	
務申請者(法人に責任を有する役員を含む。薬事に関する業	(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	<b>なし</b>
	(2) 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	<b>なし</b>
	(3) 禁錮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	<b>なし</b>
	(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	<b>なし</b>
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<b>なし</b>
	(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	<b>なし</b>
	(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	<b>なし</b>
備 考		

個人申請の場合はにチェックを入れてください。氏名の記載は不要です。

上記により、薬局開設の許可の更新

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**

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) **株式会社仙台市役所  
代表取締役 仙台太郎**

TEL **022 ( 214 ) 8085**

(あて先) 仙台市保健所長

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。

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。

- 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。