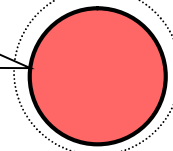


差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印



医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日	指令松保第123号 平成24年6月15日		
店舗の名称	許可証に記載された有効期間の期始日を記載すること。		
店舗の所在地又は営業区域	島根県一円		
変更内容	変更なし	前回の申請から変更があれば「平成〇年〇月〇日付け変更届のとおり」と記載すること。変更届出未提出であれば、提出すること。変更がないときは「変更なし」と記載すること。	更 後
申請者（法人にあつては、その業務を行う役員及び令第五十条に規定する者を含む。）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たこと	全員なし
	(2)	禁錮以上の刑に処せられたこと	全員なし
	(3)	薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと	全員なし
	(4)	後見開始の審判を受けていること	全員なし
備考	連絡先電話番号		

該当しなければ「なし」と記載すること。ただし、役員が複数いる法人による申請にあつては、「全員なし」と記載すること。該当する場合は、記載方法について相談すること。

住所の所在地又は営業の区域について、住居表示に関する法律等に基づく市町村名、地名、番地等の変更があったときは、変更後の住居表示を記載し、「備考欄に「住居表示に関する法律等による変更」と記載すれば、変更届は必要ない。

~~一般販売業（卸売一般販売業を除く。）~~

~~卸売一般販売業~~

上記により、~~薬種商販売業~~ の許可の更新を申請します。

~~配置販売業~~

~~特例販売業~~

平成30年6月1日

提出年月日を記載すること。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

東京都千代田区霞が関1-2-2

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

県庁株式会社

代表取締役 薬事 太郎

印

法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。

島根県知事

殿