様式第七十八：**店舗販売業許可更新申請書　記載例**

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日	第　店舗-◆◆◆◆◆◆号、**令和◆◆年◆◆月◆◆日**		
店舗又は営業所の名称	**〇〇薬店**		
店舗若しくは営業所の所在地又は営業の区域	**東大阪市〇〇町〇丁目△番□号　〇〇ビル１階**		
変更内容	事　　項	変　更　前	
（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	**□□　□□、▲▲　▲▲**		

ビルの場合はビル名と階数を記載

申請者（法人にあつては、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	**全員なし**
	(2)	法第75条の２第１項の　の日から３年を経過し	**全員なし**
	(3)	禁錮以上の刑に処せら　ることがなくなつた後	**全員なし**
	(4)	法、麻薬及び向精神薬　に関する法令で政令で　反し、その違反行為が	**全員なし**
	(5)	麻薬、大麻、あへん又	**全員なし**
	(6)	精神の機能の障害により医薬品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	**全員なし**
	(7)	医薬品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	**全員なし**

当該事実ないとき、個人の場合は「なし」、法人の場合で責任を有する役員が複数いる場合は「全員なし」と記載。
あるときは、(1)及び(2)にあつてはその理由及び年月日を、(3)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)にあつてはその違反の事実及び年月日を記載。
(6)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。

備　考	店舗管理者：薬剤師・登録販売者 （店舗管理者を補佐する薬剤師の設置　あり・なし） 相談時、緊急時の連絡先 TEL：**072-XXXX-XXXX** 申請担当者【氏名：**□□課　〇〇**　　連絡先：**090-XXXX-XXXX**　　】

この申請に関しての担当者名及び連絡先を記載

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　←　窓口へ提出した日を記載

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）　**東大阪市〇〇町〇丁目△番□号**

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）　**〇〇株式会社**
代表取締役　□□　□□

（宛先）東大阪市長