

様式第五

薬局開設許可更新申請書

許可証に記載の有効期間
の始期を記載して下さい。

許可番号及び年月日		第0000000号（元号）〇〇年〇〇月〇〇日	
薬局の名称		記載例薬局	
薬局の所在地		福岡県〇〇町〇〇〇〇〇－〇〇〇	
変更内容	事項	変更前	変更後
	なし		
（法人にあっては） 薬事に関する業務に 責任を有する役員の氏名		福岡 太郎、福岡 花子	
申請者 （法人にあっては、 責任を有する役員を含む。） の欠格条項 （薬事に関する業務に）	(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	全員なし
	(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つた後、3年を経過していない者	全員なし
	(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	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし
	(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	全員なし
	(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	全員なし
備考			

上記により、薬局開設の許可の更新を申請します。

（元号）〇〇年 〇〇月 〇〇日

〒999-9999
TEL999-9999-9999

住所（法人にあっては、
主たる事務所の所在地）
福岡県●●市●●●●●－●●●●

氏名（法人にあっては、
名称及び代表者の氏名）
株式会社記載例薬局 代表取締役 福岡太郎

福岡県知事 殿

注 1 用紙の大きさは、A4とすること。
2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
3 変更内容欄には、変更のあつた日から30日以内又は変更の予定がある場合は、当該変更事項について記載すること。なお、この場合、備考欄に変更年月日を記載すること。また、必要な添付書類等を併せて提出すること。
4 申請者の欠格事由については、当該事実がないときは、「なし」と記載し、あるときは、(1)及び(2)にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、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)欄にあっ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。