

様式

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び許可年月日		第 号 平成 年 月 日	
店 舗 の 名 称		TEL	
店舗の所在地又は営業区域		〒	
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
申請者に規定する者を含む。の欠格条項業務を行う役員及び令第五十條に於ては、その	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		
	2) 拘禁刑以上の刑に処せられたこと		
	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		
	4)後見開始の審判を受けていること		
備 考			

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 の許可の更新をします。
配置販売業
特例販売業

年 月 日 住 所 （法人にあっては、主たる事務所の所在地）
氏 名 （法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

秋 田 県 知 事 あて

【文書作成責任者等の連絡先】
(住所)
(責任者または担当者名)
(連絡先) 電話番号：
メールアドレス：