

## 卸売販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日		千保第		号	年	月	日
営業所の名称							
営業所の所在地		区					
変更内容	事項	変更前			変更後		
(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							
申請者に責任を有する役員を含む。 (法人にあっては、薬事に関する業務の欠格条項)	(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					
	(2)	法第75条の2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					
	(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った後、3年を経過していない者					
	(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					
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者					
	(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って必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者					
	(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					
備考		<input type="checkbox"/> 通常卸 <input type="checkbox"/> 小規模卸 <input type="checkbox"/> サンプル卸 <input type="checkbox"/> 体外診断用医薬品卸 <input type="checkbox"/> 特定品目卸 ( <input type="checkbox"/> 指定卸売医療用ガス類 <input type="checkbox"/> 指定卸売歯科用医薬品)					

上記により、卸売販売業の許可の更新を申請します。

年 月 日

住所

〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

氏 名

〔法人にあつては、  
名称及び代表者の氏名〕

千葉市保健所長 殿

担当者名  
連絡先電話番号  
連絡先電子メールアドレス  
@