様式第五（第十条関係）

許可証に記載された有効期間の期始日を記載すること。

薬局開設許可更新申請書

記載例

許可番号及び年月日	**指令松保第XXX号のXX 令和○○年○○月○○日**
薬局の名称	**市役所薬局**
薬局の所在地	**松江市末次本町XX－XX 市役所ビル3F**

変更内容	事項	変更前	変更後
	変更無し		

前回の申請から変更があれば「平成○年○月○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

（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	**松江 太郎** **島根 花子**

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)	禁錮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[illegible]取締法その他薬事に関する[illegible]に基づく処分に違反し、そ[illegible]過していない者	**全員なし**
(5)	麻薬、大[illegible]	**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**

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っては、「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。

備考	

上記により、薬局開設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）

松江市長　　殿