

様式第七十八 (第百四十九条関係)

滋 賀 県 収 入 証 紙 貼 付 欄

配 置 販 売 業 許 可 更 新 申 請 書

許可番号及び年月日			
店舗又は営業所の名称			
店舗若しくは営業所の所在地又は営業の区域		滋 賀 県 一 円	
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
(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			
申請者を有する役員(法人にあつては、欠格条項に関する業務に責任を有する役員を含む。)は、	(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	
	(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、その違反行為があった日から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			

上記により、配置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)

(あて先) 滋賀県知事 三日月 大造 殿

[連絡先] 担当者名 :
電話番号 :

(配置販売業許可更新申請書 裏面)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 配置販売業にあつては、店舗又は営業所の名称欄の記載を要しないこと。
- 4 変更内容欄には、第 159 条の 21 第 1 項各号に掲げる事項について変更のあつた日から 30 日以内にこの更新申請書を提出する場合は、当該変更のあつた事項について、変更内容欄に記載すること。

【第 159 条の 21 第 1 項】

- ① 配置販売業者の氏名（配置販売業者が法人であるときは、薬事に関する業務に責任を有する役員
の氏名を含む。）
又は住所
 - ② 営業の区域
 - ③ 通常の営業日及び営業時間
 - ④ 相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先
 - ⑤ 区域管理者の氏名、住所又は週当たり勤務時間数
 - ⑥ 区域管理者以外の当該区域において薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者の氏名
又は週当たり勤務時間数
 - ⑦ 当該区域において配置販売によって販売・授与する医薬品の第 1 類医薬品、指定第 2 類医薬品、
第 2 類医薬品及び第 3 類医薬品の区分
 - ⑧ 当該区域において併せ行う配置販売業以外の医薬品の販売業その他の業務の種類
- 5 配置販売業において、薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者に変更があつた場合のうち、
新たに当該店舗又は区域において薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者となつた者がいる
場合には、その者の薬剤師名簿登録番号及び登録年月日又は販売従事登録番号及び登録年月日を変更後
欄に付記すること。
 - 6 申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、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)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、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つた場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事
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。