

様式第七十八（第百四十二条、第百四十九条、第百五十五条関係）

許可番号 第1234号
 医薬品販売業許可証
 氏名 株式会社コバトン
 店舗の名称
 営業区域 埼玉県一円
 医薬品 医療機器等の品質 有効性及び安全性の確保等に関する法律
 第24条第1項の規定により 配置販売業の許可を受けた者であることを証明する。
 埼玉県知事
 平成 年 月 日から
 有効期間
 平成××年 月 日まで

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日	第1234号 平成 年 月 日		平成 年 月×日
店舗又は営業所の名称			埼玉県知事
店舗若しくは営業所の所在地又は営業の区域	埼玉県一円		平成 年 月 日から
変更内容	事項	変更前	有効期間 平成××年 月 日まで
（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		太郎、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	（法人の場合）「全員なし」 （個人の場合）「なし」と記載
	(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	（法人の場合）「全員なし」 （個人の場合）「なし」と記載
	(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	（法人の場合）「全員なし」 （個人の場合）「なし」と記載
	(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	（法人の場合）「全員なし」 （個人の場合）「なし」と記載
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	（法人の場合）「全員なし」 （個人の場合）「なし」と記載
	(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	（法人の場合）「全員なし」 （個人の場合）「なし」と記載
	(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	（法人の場合）「全員なし」 （個人の場合）「なし」と記載
備考	・販売・授与する医薬品区分： 第1類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第3類医薬品 ・相談時・緊急時の連絡先： TEL 048-000-0000 FAX _____ Mail アドレス abc@x x x.jp _____ ・区域管理者：氏名 _____ 住所 さいたま市浦和区高砂 _____ 身分証明書番号 第 号 _____		

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

申請日（薬務課への提出日）

（宛先）
埼玉県知事

法人の場合、登記事項証明書の本
社所在地、法人名、代表者名

住所 さいたま市浦和区高砂 3-15-1
氏名 株式会社コバトン
代表取締役