様式９（新配置）

配置販売業許可更新申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可番号及び年月日 | | | H第　　　　　　号　　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 店舗又は営業所の名称 | | |  | | |
| 営業の区域 | | | 佐賀県一円 | | |
| 変更内容 | 事項 | | 変更前 | | 変更後 |
|  | |  | |  |
| 申請者（法人にあっては、その業務に責任を有する役員を含む。）の欠格事項 | （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配置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） | 配置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 | | | 医薬品の保管場所：  配置従事者数：　　　　名  屋号： | | |

上記により、配置販売業の許可の更新を申請します。

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

住　所

年　　　月　　　日

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

者の氏名）

氏　名

**佐賀県知事　　　　　　　様**

|  |
| --- |
| 申請者のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。  ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県個人情報保護方針http://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。  お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

-36-

（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　店舗又は営業所の名称欄の記載を要しないこと。

４　医薬品医療機器等法施行規則第159条の21第１項各号に掲げる事項について、変更のあった日から30

日以内にこの更新申請書を提出する場合は、当該変更のあった事項について、変更内容欄に記載す

ること。

　５　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った場合のうち、新たに当該区域に

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となっ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)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、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った場合はその年月日を、(4)欄にあっ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。

-37-