

記入例

薬局製造販売業許可申請書

(宛先)
広島市保健所長

〒730-8586 電話082-245-2111
住所 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号

氏名 株式会社〇〇〇 代表取締役 廣島 太郎

主たる事務所とは、登記事項証明書に記載された本店 → (法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり、薬局製造販売医薬品の製造販売業の許可を申請します。

薬 局 の 名 称	〇〇薬局		
薬 局 の 所 在 地	〒730-0043 (電話) 082-241-7408 (FAX) 082-241-2567 広島市中区富士見町11番27号 1階 ←ビルの階も記入		
許 可 の 種 類	薬局製造販売医薬品製造販売業許可		
(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	〇〇〇 △△△ □□□		
責 任 者 製 薬 品 等 製 造 販 売 総 括 責 任 者	氏 名	環 境 衛 資 格	薬剤師名簿登録 第〇〇〇号〇〇年××月××日
	住 所	〒730-9999 広島市〇区〇〇町〇〇番〇〇号	
申 請 者 (法 人 に あ っ て は) の 欠 格 条 項 申 請 者 (法 人 に あ っ て は) の 欠 格 条 項 申 請 者 (法 人 に あ っ て は) の 欠 格 条 項 申 請 者 (法 人 に あ っ て は) の 欠 格 条 項 申 請 者 (法 人 に あ っ て は) の 欠 格 条 項 申 請 者 (法 人 に あ っ て は) の 欠 格 条 項 申 請 者 (法 人 に あ っ て は) 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を違反し、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製造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) 製造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		
関 係 許 可 等 取 得 状 況 (該当する項目に☑してください。)	製 造 販 売 承 認 申 請	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請と併せて申請 <input type="checkbox"/> 承認申請しない	
	製 造 販 売 届	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請と併せて届出 <input type="checkbox"/> 届出しない	
	薬 局 許 可 申 請	<input checked="" type="checkbox"/> 本申請と併せて申請 <input type="checkbox"/> 許可取得済み (許可番号・年月日第 号 年 月 日)	
他 的 薬 局 に お け る 製 造 販 売 業 の 許 可 の 有 無 (該 当 する 項 目 に ☑ し て く だ さ い。)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬局名称 所在地		
備 考			
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等	〇〇〇〇課 環 境 衛 (電話) 〇〇〇〇		

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	調査年月日	施設基準等	審査者	許可年月日	許可番号
		適 ・ 否			34AHC
					第 号
	(受付)	(伺い)			
	係	専門員	係	係長	課長
				照合	公印
					施行