様式２５

年　　月　　日

薬局製造販売業許可申請書

（宛先）
広島市保健所長

〒　　電話

住所

氏名
（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				
薬局の所在地	〒　（電話）　（ＦＡＸ） 広島市　　区			
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				
医薬品等総括製造販売責任者	氏名		資格	薬剤師名簿登録 第　号　年　月　日
	住所	〒		
申請者（法人にあっては、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	⑴　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			
	⑵　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			
	⑶　拘禁刑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			
	⑷　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			
	⑸　麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者			
	⑹　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			
	⑺　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			
関係する許可等の取得状況（該当する項目に☑してください。）	製造販売承認申請	☐ 本申請と併せて申請　☐ 承認申請しない		
	製造販売届	☐ 本申請と併せて届出　☐ 届出しない		
	薬局許可申請	☐ 本申請と併せて申請 ☐ 許可取得済み（許可番号・年月日　第　号　年　月　日）		
他の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。）	☐ 無　☐ 有（薬局名称 所在地）			
備考				
担当者所属・氏名等	（電話）			

※ 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			薬販　第　号

（受付）	（伺い）					
係	係	係長	課長	照合	公印	施行

R7.6 改