

医薬品製造業許可更新申請書

許可番号及び年月日		(北局A X) 第 50##号		令和●年 #月 #日	
製造所の名称		●●薬局 中央店			
製造所の所在地		〒×××-×××× 札幌市××区○○条○○丁目△-△ ○○ビル○階 TEL○○○-×××-×××× FAX○○○-×××-××××			
許可の区分		薬局製造販売医薬品製造業許可			
製造所の構造設備の概要		薬局等構造設備規則第1条第1項の基準のとおり			
(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		北海 ○子、札幌 □朗			
管 理 者	氏 名	○○ □□	資 格	薬剤師名簿登録 平成●年●月●●日 同登録番号 第#####号	
	住 所	札幌市中央区大通西19丁目1-1			
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		全員なし	
	(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		全員なし	
	(3)	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		全員なし	
	(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		全員なし	
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者		全員なし	
	(6)	精神の機能の障害により製造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		全員なし	
	(7)	製造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		全員なし	
備 考		開設許可(申請)年月日 令和●年●月●●日 許可番号 札幌医許可(基)第1000			

上記により、医薬品の製造業の許可の更新を申請します。

令和 ●年 ●月●●日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 東京都××区○○

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) ××株式会社

代表取締役 北海 ○子

(あて先)札幌市保健所長

連絡先：電話 011-000-0000 担当者 札幌 □朗

手数料	受付印
5,900円	
領収印	

ご担当者のお名前と電話番号を忘れずに記載ください

該当する事実がある場合は、その内容を詳細に記載
該当なしの場合、役員が1名の場合は「なし」、複数の場合は「全員なし」と記載してください