

# 医薬品製造販売業許可更新申請書

|   |  |  |                                       |
|---|--|--|---------------------------------------|
| 許可番号及び年月日                               | (北局AX) 第5000号 令和●年 #月 #日   |  |                                       |
| 主たる機能を有する事務所の名称                         | ●●薬局 中央店<br>許可の有効期限の始期を記載  |  |                                       |
| 主たる機能を有する事務所の所在地                        | 〒xxx-x○x○<br>札幌市××区○○条○○丁目△-△ ○○ビル○階<br>TEL○○○-xxx-x○x○ FAX○○○-xxx-x○x○                |  |                                       |
| 許可の種類                                   | 薬局製造販売医薬品製造販売業許可   |  |                                       |
| (法人にあつては)<br>薬事に関する業務に<br>責任を有する役員の氏名   | 北海○子、札幌□朗  |  |                                       |
| 総括製造販売責任者                               | 氏名   | ○○□□                                       | 資格 薬剤師名簿登録 平成○年○月○日<br>同登録番号 第000000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处分に違反し、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                        | 全員なし                                       |                                       |
|   | (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  | 全員なし                                       |                                       |
|   | 備考   | 開設許可(申請)年月日 令和●年1月10日<br>許可番号 札保医許可(薬)第100 |                                       |

上記により、医薬品の製造販売業の許可の更新を申請します  
該当する事実がある場合は、その内容を詳細に記載

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、名前及び代表者の氏名) ××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 |
|--------|-----|
| 3,850円 |     |
| 領收印    |     |
|        |     |

ご担当者のお名前と電話番号  
を忘れずに記載ください