

## 医薬品製造販売業許可申請書

主たる機能を有する事務所の名称			
主たる機能を有する事務所の所在地		〒	
		TEL	FAX
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			
総括製造販売責任者	氏名	資格	薬剤師名簿登録年 月 日 同登録番号 第 号
	住所		
申請者(法人にあっては、 責任を有する役員を含む) の欠格条項 に関する業務に	(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)	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	
	(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	
	(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	
	(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	
備考	開設許可(申請)年月日 年 月 日 許可番号 札幌医許可(薬)第 号		

上記により、医薬品の製造販売業の許可を申請します。

令和 年 月 日

住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先：電話

担当者

手数料	受付印
7, 200円	
領収印	