

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		〇〇薬局 〇〇店	
主たる機能を有する事務所の所在地		〒060-0042 札幌市中央区大通西19丁目WEST19 3階 TEL 012-345-6789 FAX 012-345-6789	
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 〇〇、●● ●●、◇◇ ◇◇	
総括製造販売責任者	氏名	■■ ■■	資格
	住所	札幌市中央区南1条西1丁目1-2-501	
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	(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	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●月●日 許可番号 札幌医許可(薬)第 00000 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

備考欄に、薬局の開設許可年月日と許可番号を記載

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 東京都〇〇区〇〇町2番3号

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 株式会社〇〇薬局
代表取締役 〇〇 〇〇

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先: 電話 000-000-0000 担当者 ●● ●●

忘れずにご記入ください

手数料	受付印
7,200円	
領収印	