

上部余白に所定の金額の北海道収入証紙を貼り、申請者の印鑑又は署名で消印

## 配置販売業許可申請書

営業の区域	北海道一円	添付書類ひな形「配置販売業の業務を行う体制の概要」を添付
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要	別紙のとおり	
(法人にあっては)配置販売業者の業務を行う役員の氏名	代表取締役 ●● 取締役 ○○	書ききれない場合は、添付書類ひな形「組織図(例)」を参考に作成し添付
通常の営業日及び営業時間	別紙のとおり	添付書類ひな形「通常の営業日及び営業時間(配置販売業用)」を添付
相談時及び緊急時の連絡先	〇〇〇-×××-×〇×〇	
役員申請者(法人にあっては、その欠格条項を含む。)の	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと	全員無し
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと	全員無し
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと	全員無し
	(4) 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たこと	全員無し
備考	兼営事業の種類 医薬部外品販売業	他の事業を併せ行うときはその事業の種類を記載

上記により、配置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) 札幌市××区〇〇-△-△

氏名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 ○○  
代表取締役 ○○ ×× 印

北海道知事 様

法人の場合は、代表者印を押印

連絡先: 電話

担当者