

薬局製剤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		
主たる機能を有する事務所の所在地	堺市堺区南瓦町3-1		
許可の種類	薬局製剤製造販売業許可		
(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	堺市 薬太、堺市 薬美		
総括製造販売責任者 (総括製造販売責任者補佐 薬剤師を置く場合にあつては、その者を含む。)	氏名	堺市 薬太	資格 令和〇〇年〇〇月〇〇日 第 〇〇〇〇〇〇 号
	住所	堺市堺区〇〇町〇-〇	
に申請者(法人にあつては、役員を含む。薬事)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、取消の日から3年を経過していない者	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、取消の日から3年を経過していない者	なし	
	(3) 禁錮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つた後、3年を経過していない者	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	なし	
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	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	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	なし	
備考	薬局開設許可番号：第 20A00000 号 許可年月日：令和〇年〇〇月〇〇日 [添付書類の省略] <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証 (氏名：) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 () 名称 () 許可番号 () (申請・届出)年月日： TEL: 072-000-0000		

上記により、薬局製剤の製造販売業の許可を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕 堺市堺区南瓦町3-1

氏名〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕 株式会社 堺市 代表取締役 堺市 薬太

堺市長 殿

担当者：堺市 薬子

連絡先：080-0000-0000