

様式第九：薬局製造販売医薬品製造販売業 記載例

薬局製造販売医薬品 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	
主たる機能を有する事務所の所在地		東大阪市〇〇町〇丁目△番□号 〇〇ビル1階	
許可の種類		薬局製造販売医薬品製 ビルの場合はビル名と階数を記載	
(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		□□ □□、◆◆ ◆◆	
総括製造販売責任者	氏名	〇〇 〇〇	資格 薬剤師名簿登録番号及び年月日 平成 □□年 〇〇月 △△日 第 △△△△△△ 号
	住所	東大阪市△△町□丁目〇番△号	
責申請者有(法人役員にあつては、の薬事に関する業務に)	(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	当該事実ないとき、個人の場合は「なし」、法人の場合で責任を有する役員が複数いる場合は「全員なし」と記載。 あるときは、(1)及び(2)にあつてはその理由及び年月日を、(3)にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(4)にあつてはその違反の事実及び年月日を記載。 (6)に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。	全員なし
	(2) 法第75条の2第1項の規定により取消しの日から3年を経過していない者		全員なし
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたことがなくなつた後、		全員なし
	(4) 法、麻薬及び向精神薬に関する法令で政令で定められ、その違反行為があつたことにより、		全員なし
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は		全員なし
	(6) 精神の機能の障害によつて必要な認知、判断力がない者		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	薬局開設許可(申請)年月日：平成 □□年 〇〇月 △△日 許可番号：第 薬局-□□□□□ 号 既に許可を受けている場合に記載 申請担当者：□□課 〇〇 (TEL：090-XXXX-XXXX)		

上記により、薬局製造販売医薬品の製造販売業の許可を申請します。

この申請に関しての担当者名及び連絡先を記載

年 月 日 ← 窓口へ提出した日を記載

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 東大阪市〇〇町〇丁目△番□号
 氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 〇〇株式会社 代表取締役 □□ □□

(宛先) 東大阪市長