

様式第九（第十九条関係）

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			
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		
（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 （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		資 格
	住 所		
申請者 に責任を有する役員を 含む。薬事に関する業務 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		
	(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つた後、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			

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 (法人にあつては、主  
たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名  
称及び代表者の氏名)

(あて先)小樽市保健所長

連絡先：電話

担当者