

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	〇〇薬局 小樽店		
主たる機能を有する事務所の 所 在 地	〒047-0008 小樽市築港〇番×号 TEL0134-00-0000、FAX0134-00-0000		
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	代表取締役社長 〇〇 〇〇 取締役 △△ △△		
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 薬剤師
	住 所	小樽市花園〇丁目△番×号	
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	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つた後、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	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 許 可 番 号	令和〇年〇月〇〇日 第〇〇—〇〇号	

上記により、医薬品の製造販売業の許可を申請します。

令和〇年〇月〇〇日

住 所 (法人にあつては、主
たる事務所の所在地) 札幌市〇〇区〇条1丁目1番1号氏 名 (法人にあつては、名
称及び代表者の氏名) 株式会社〇〇薬局

代表取締役社長 〇〇 〇〇

(あて先)小樽市保健所長

連絡先：電話〇〇-〇〇〇〇 担当者〇〇